



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA  
IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:  
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA**

**Maria de Fátima Lourinho Félix Coutinho**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA  
IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:  
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA**

**Maria de Fátima Lourinho Félix Coutinho**

**Orientadora Professora Emília Brito**

**2014**



“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento.”

*Platão*



## AGRADECIMENTOS

À Professora Emília Brito pela disponibilidade e conhecimentos transmitidos. E ainda pelas vezes que me indicou o caminho.

Ao Enfermeiro João Tavares pela simpatia e acessibilidade demonstradas desde o primeiro momento. Desde a disponibilização da escala ISAR, às sugestões e toda a ajuda prestada sempre que solicitada.

À Enfermeira chefe Manuela Teotónio pela preocupação demonstrada ao longo deste percurso e, pelo apoio na implementação deste projeto.

À “minha” equipa por me terem “suportado” nos últimos dois anos. Mais especificamente aos enfermeiros, o envolvimento neste projeto que, sem a sua participação não seria possível.

À Eulália pelo incentivo no sentido de me inscrever no Mestrado. Às “Cristinas” por toda a ajuda e apoio prestado, as nossas conversas são sempre muito “esclarecedoras”. Às três agradeço, manterem a sua amizade apesar da minha ausência.

À Helena que desde que nos conhecemos, mais do que uma colega de curso, se revelou uma amiga.

Ao Sérgio que se tornou indispensável ao longo deste percurso. Obrigada pela atenção manifestada.

Por fim, agradeço aos meus pais...por tudo!





## LISTA SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AFGACI - Avaliação Funcional Global Integrada e Avaliação Clínica Integrada

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ESO - *European Stroke Organization*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPIR - Identificação da Pessoa Idosa de Risco .

ISAR - *Identification of Seniors At Risk*

MAB - Método de Avaliação Bio-psico-social

NC - Neurocirurgia

NL - Neurologia

OE - Ordem dos Enfermeiros

RSL - Revisão sistemática da literatura

SEISAR - *Systemic Evaluation and Intervention of Seniors At Risk tool*

SONC – Serviço de Observação de Neurociências

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SU - Serviço de Urgência

WHO - World Health Organization



## RESUMO

Atualmente verifica-se uma crescente afluência aos serviços de urgência por parte das pessoas idosas, que pode ser explicado pelo envelhecimento populacional associado à prevalência das doenças crônicas. Tal fato torna-se um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, uma vez que, cada vez mais, é reconhecido que estes serviços não estão adequados às necessidades complexas das pessoas idosas, quer do ponto de vista estrutural quer na gestão de cuidados prestados.

Estudos consultados revelam que as pessoas idosas que recorrem aos serviços de urgência apresentam elevado risco de declínio funcional, e outros efeitos adversos em saúde, após alta para o domicílio, prolongando-se o risco até aos seis meses seguintes. Paradoxalmente, quando a pessoa idosa recorre à urgência, esta é uma oportunidade de identificação de necessidades que de outra forma não seriam detetadas.

Face às características e especificidade que as pessoas idosas apresentam emerge a importância da Avaliação Multidimensional no serviço de urgência.

Do exposto, e inserido no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Área de Enfermagem Medico- Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, realizámos um estágio num serviço de urgência de um hospital central da área de Lisboa. Seguindo a metodologia de projeto, desenvolvemos um trabalho para implementar no referido serviço, que tem como finalidade Desenvolver Competências como Enfermeira Especialista na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, e como objetivo Implementar a avaliação multidimensional sistematizada à pessoa idosa admitida no Serviço de Observação de Neurociências.

Baseados em diversos estudos estabelecemos uma ação em duas fases. A primeira consistindo na identificação da pessoa idosa de risco que recorre ao serviço, através da escala *Identification of Seniors At Risk*. A segunda, na avaliação multidimensional da pessoa idosa, identificada como de risco e que tem alta para o domicílio, para a qual elaborámos uma grelha de avaliação.

Considerando que a ida ao hospital desencadeia um processo de transição, a teoria concetual que norteia este trabalho é a teoria das Transições de Meleis.

Este relatório, integrando o conhecimento adquirido nas diversas unidades curriculares ao longo do curso, tem como objetivo documentar, através da descrição e de uma análise reflexiva, o percurso efetuado. Evidenciando os contributos que nos permitiram o desenvolvimento de competências como enfermeiros especialistas e, ainda conduzir à obtenção do grau de mestre.

**Palavras-chave:** Avaliação Multidimensional; Enfermagem; Pessoa Idosa; Serviço de Urgência.



## **ABSTRACT**

Currently there is a growing influx to the Emergency Services by the elderly, which can be explained by aging population associated to prevalence of chronic diseases. This fact becomes a challenge to health professionals, including nurses, since, increasingly, it is recognized that these services are not suited to the complex needs of elderly people, both from a structural point of view and the management of care provided.

According to the evidence, elderly people, who require emergency services, present a high risk of functional decline and other adverse health effects, after discharge from the hospital, extending the risk up to the following six months. Paradoxically, when the elderly turns to the emergency department it allows the opportunity of identifying requirements that otherwise would not be detected.

Given the characteristics and specificities exhibit by the elderly, the importance of the Multidimensional Assessment at the emergency department arises.

From the above, and inserted under the 4<sup>th</sup> Masters in Nursing, Medico-Surgical Nursing Expertise in Elder People, we held an internship in the emergency department of a central hospital in the Lisbon area. Following the project methodology, we developed a project to implement in the alleged service, with the intention of developing skills as a specialist nurse in the Medical-Surgical Nursing, Specialized in Elder People. As objective Implementation of multidimensional assessment systematized to the elderly admitted to Neuroscience Unit Observation.

Based on various studies we established an action in two stages. The first consisted in the identification of elderly person at risk who resorts to the service through the screening tool Identification of Seniors At Risk. The second, in the multidimensional assessment of the elderly person, identified at risk and who has been discharged home, for which we developed an evaluation grid.

Considering that a visit to the hospital triggers a transition process, the conceptual theory that guides this work is the theory of the Transitions of Meleis.

This report integrates the knowledge acquired in the different curriculum units throughout the course, aims to document, through description and reflective analysis, the journey made. Highlighting the contributions that allowed us to develop skills such as specialist nurses, also leading to the degree of master.

**Keywords:** Elderly; Emergency Department; Multidimensional assessment; Nursing.



# **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1. ENQUADRAMENTO</b>	14
1.1. Envelhecimento	14
1.2. A Pessoa Idosa e o Serviço de Urgência	16
1.3. A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no Serviço de Urgência	18
1.4. A Pessoa Idosa, a Continuidade de Cuidados e a Articulação de Serviços	24
1.5. A Teoria das Transições e a Pessoa Idosa	26
1.6. Competências de Mestre e Enfermeiro Especialista no Cuidado à Pessoa Idosa	29
<b>2. PROBLEMÁTICA</b>	31
2.1. Diagnóstico de Situação	31
2.2. Pertinência do tema/justificação do projeto	33
2.3. Finalidade e Objetivos	35
<b>3. METODOLOGIA</b>	37
<b>4. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	41
4.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa	41
4.1.1. Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa em contexto da comunidade e hospitalar	41
4.2. Implementar avaliação multidimensional sistematizada à pessoa idosa admitida no SONC	51
4.2.1. Capacitar os enfermeiros para a avaliação multidimensional da pessoa idosa no SONC	51
4.2.2. Identificar pessoas idosas de risco admitidas no SONC	54
4.2.3. Promover avaliação multidimensional através de grelha de avaliação	59

<b>4.3. Promover a continuidade de cuidados prestados à pessoa idosa com alta do SONC</b>	<b>63</b>
---	-----------

4.3.1. Promover articulação entre SONC e unidades de saúde da comunidade	63
--	----

<b>5. LIMITAÇÕES DO PROJETO</b>	<b>67</b>
---------------------------------	-----------

<b>CONCLUSÃO</b>	<b>68</b>
------------------	-----------

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>72</b>
-----------------------------------	-----------

## **ANEXOS**

**ANEXO I - Escala ISAR**

**ANEXO II - Escala IPIR**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I - Objetivos Projeto**

**APÊNDICE II - Fluxograma Projeto**

**APÊNDICE III - Pedido de autorização para Conselho de Administração e Comissão de Ética**

**APÊNDICE IV - Objetivos definidos para estágio na comunidade**

**APÊNDICE V - Cartaz e Proposta de aceitação de cartaz**

**APÊNDICE VI - Instrumento de colheita de dados**

**APÊNDICE VII - Consentimento**

**APÊNDICE VIII - Caracterização da unidade de saúde da comunidade**

**APÊNDICE IX - Estudo de caso**

**APÊNDICE X – Contributos da formação**

**APÊNDICE XI - Planos de sessão**

**APÊNDICE XII -Formação em *Power Point***

**APÊNDICE XIII - Ficha de avaliação e tratamento de dados da formação**

**APÊNDICE XIV - Pedido e Autorização para utilização de escala ISAR**

**APÊNDICE XV - Escala ISAR e Questionário**



**APÊNDICE XVI - Manual de aplicação de escala ISAR**

**APÊNDICE XVII - Tratamento de dados do 1º mês de aplicação de escala ISAR**

**APÊNDICE XVIII - Tratamento de dados obtidos durante período de aplicação de escala ISAR**

**APÊNDICE XIX - Grelha de avaliação e manual de utilização**

**APÊNDICE XX - Fundamentação teórica de grelha de avaliação**

**APÊNDICE XXI - Guião de entrevista**

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional associado à crescente prevalência das doenças crônicas explica o aumento progressivo da ocorrência das pessoas idosas aos Serviços de Urgência (SU) (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi *et al.*, 2007; Samaras, Chevalley, Samaras & Gold, 2010). Esta situação representa um constante desafio para os profissionais de saúde, tanto ao nível organizacional quanto ao da prestação de cuidados (Salvi *et al.*, 2007).

De acordo com a evidência, as pessoas idosas que recorrem ao SU têm elevado risco de efeitos adversos nos seis meses seguintes à admissão no SU, sendo o risco particularmente elevado nos três meses seguintes à visita (Aminzadeh & Dalziel, 2002; McCusker *et al.*, 1999; McCusker, Cardin, Bellavance & Belzile, 2000; McCusker *et al.*, 2001).

Não obstante serem reconhecidos como locais *hostis* para as pessoas idosas (Hwang & Morrison, 2007), devido aos cuidados prestados serem habitualmente direcionados para a situação episódica de doença, não sendo adequados às suas necessidades complexas (Adams & Gerson, 2003; Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi *et al.*, 2007), a ida ao SU pode proporcionar a oportunidade para a deteção de problemas/necessidades, que de outra forma não seriam identificados (Rubenstein, 1996).

A consciencialização da complexidade que o cuidado à pessoa idosa requer no SU, tem levado ao desenvolvimento de ações de monitorização e intervenção dirigidas a esta população (Aminzadeh & Dalziel, 2002). Uma prestação de cuidados adequada necessita de um modelo de cuidados que promova a multidimensionalidade, a continuidade, e a articulação de serviços. (Aminzadeh & Dalziel, 2002).

E, embora sem identificar nenhum modelo de cuidados específico, a evidência suporta a necessidade de desenvolvimento de estratégias para a melhoria dos ganhos em saúde e a utilização de uma avaliação multidimensional geriátrica nos

utentes com fragilidade, admitidos numa unidade de urgência, que rapidamente têm alta para o domicílio (Conroy, Stevens & Gladman, 2011).

O Serviço de Observação de Neurociências (SONC), pertencente a um hospital da área de Lisboa, e atual contexto da nossa prática profissional, embora integrado no departamento de Neurociências do referido hospital, apresenta características de um SU e funciona como uma extensão deste. Este serviço, apesar da capacidade reduzida, apresenta elevada rotatividade de utentes com expressiva afluência de utentes com 65 e mais anos. É durante a permanência neste serviço que muitas vezes detetamos situações que não são a causa da visita e admissão no hospital. Muitas destas pessoas idosas têm alta diretamente para o domicílio, sem nota de alta de enfermagem, e na maioria das vezes sem referenciação para os serviços da comunidade.

Do que foi exposto, e perante o desafio proporcionado pelo Curso de Mestrado na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, pareceu-nos pertinente a realização de um projeto relativo à avaliação multidimensional da pessoa idosa em SU e sua implementação no SONC, que consideramos tem as condições adequadas para o desenvolvimento deste projeto.

Fundamentada na literatura, a nossa estratégia baseia-se numa intervenção em duas fases. A primeira consiste na identificação das pessoas idosas de risco admitidas no SONC, através da aplicação de um instrumento de monitorização *Identification of Seniors At Risk* (ISAR), especificamente concebido para utilização em contexto de urgência e já validado para a população portuguesa. A segunda fase consiste na avaliação multidimensional através de uma grelha de avaliação, que propusemos e elaborámos durante este percurso, da pessoa idosa identificada como de risco com a escala ISAR e que tem alta para o domicílio, seguida de referência para a comunidade através de elaboração de nota de alta de enfermagem.

Neste trabalho foi utilizada a metodologia de projeto porque é uma metodologia que alia a prática à teoria, e tem como objetivo a resolução de um problema em contexto real, no sentido do desenvolvimento de capacidades e competências pessoais (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Como finalidade estabelecemos: Desenvolver Competências como Enfermeira Especialista na Área de Enfermagem Médico- Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa. Como objetivos Gerais, pretendemos: 1. Desenvolver competências na prestação de

cuidados de enfermagem à pessoa idosa; 2. Implementar avaliação multidimensional sistematizada à pessoa idosa admitida no SONC; 3. Promover a continuidade de cuidados prestados à pessoa idosa com alta do SONC.

Porque pensamos que a ida a um SU implica, na maioria das vezes, um processo de transição na vida das pessoas idosas e seus familiares, o quadro conceitual que norteia este projeto é a Teoria das Transições de Meleis.

Diariamente os enfermeiros deparam-se com pessoas que vivenciam processos de transição. Utilizar uma teoria descritiva ajuda a descrever o fenómeno, um evento, uma situação ou uma relação, permitindo identificar as suas propriedades, componentes e algumas das circunstâncias que os influenciam, possibilitando aos enfermeiros serem elementos facilitadores do processo de transição (Meleis, 2012).

As transições indiciam mudanças no estado de saúde, no desempenho de papéis, expectativas, ou capacidades (Meleis, 2012). Ser idoso, deparar-se com uma situação súbita de doença ou agudização de uma doença crónica, a necessidade de ser cuidador familiar e alta para o domicílio com necessidade de cuidados domiciliários, são alguns dos exemplos mais usuais no SONC que podem estar na origem dos fenómenos de transição.

Com este relatório, pretendemos fazer a descrição de todo um percurso que culminou no desenvolvimento de competências assentes no perfil das competências comuns do enfermeiro especialista, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010a), e competências de Mestre.

O relatório está dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, que contempla o estado da arte sobre o tema, desenvolvemos o processo de envelhecimento, a pessoa idosa no SU, a avaliação multidimensional da pessoa idosa, a continuidade de cuidados e a teoria das transições de Meleis. Este capítulo, além da contextualização do leitor na temática e teoria escolhida, identifica ainda as competências a desenvolver. No segundo capítulo, fazemos o diagnóstico de situação especificando a preocupação nascida no nosso contexto de prática profissional, a qual está na origem deste trabalho; damos conta da pertinência do tema e descrevemos a finalidade e os objetivos a que nos propomos. No terceiro capítulo desenvolvemos a metodologia utilizada. O quarto capítulo é reservado à descrição das atividades realizadas ao longo deste percurso, e às respetivas competências desenvolvidas. No último capítulo

falamos das condicionantes com que nos deparámos neste percurso. Por fim a conclusão, onde fazemos uma síntese de todo o relatório, focamos os principais resultados, reconhecemos as implicações na prática e expectativas quanto ao futuro.

# 1. ENQUADRAMENTO

## 1.1. Envelhecimento

Em Portugal verificou-se o envelhecimento da população na última década. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2011 19% da população tinha mais de 65 anos, com um índice de envelhecimento<sup>1</sup> que aumentou de 102 em 2001 para 128 em 2011 (INE, 2012). Ainda de acordo com a mesma fonte, prevê-se que entre 2012 e 2060 o índice de envelhecimento continue a aumentar e que em 2060 seja de 307, ou seja para cada 100 jovens existam 307 idosos (INE, 2014).

Apesar de não ser consensual a idade em que uma pessoa se torna idosa (World Health Organization (WHO) 2013, 2par), em Portugal consideram-se idosas as pessoas com 65 e mais anos<sup>2</sup> (INE<sup>3</sup>; Direcção Geral de Saúde (DGS), 2004), posição também adotada neste trabalho.

O envelhecimento encontra-se “associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida (...)” (Sequeira, 2010, p. 7). Sendo várias as teorias explicativas do envelhecimento, interessa considerar o envelhecimento normal, que decorre das alterações biológicas ao longo da idade, não sendo afetado pela doença nem influenciado pelo ambiente, e em que nem todas as alterações têm efeitos clínicos adversos, do envelhecimento em que o indivíduo está sujeito a uma série de alterações que vão decorrendo ao longo do ciclo de vida devidas a fatores fisiológicos, sendo também fortemente influenciado por fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. (WHO, 1999a).

De acordo com Birren e Zarit (1985), citados por Sequeira (2010, p. 19), falamos de senescência quando nos referimos ao “conjunto de alterações orgânicas,

---

<sup>1</sup> Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 ( $10^2$ ) pessoas dos 0 aos 14 anos). (metainformação – INE)

<sup>2</sup> Para fins estatísticos, as pessoas idosas são geralmente referenciadas a grupos de idades específicos, dependendo de fatores culturais e individuais (WHO, 1999b).

<sup>3</sup> Conceito com início de vigência em 2005 (disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700>).

morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento”, e senilidade quando nos referimos ao “conjunto de modificações determinadas pelas afecções que as pessoas apresentam”, sendo, na prática, difícil a sua diferenciação pela interação mútua.

Podemos considerar também senescência como envelhecimento primário, que se caracteriza pelas mudanças corporais e que reflete um limite intrínseco, e senilidade como envelhecimento secundário, que se caracteriza pelas mudanças devidas aos efeitos acumulados das doenças, traumatismos e agressões ambientais, que ocorrem com maior frequência mas que não têm necessariamente de estar presentes. Enquanto o primeiro reflete um limite intrínseco, relacionado com a longevidade máxima da espécie, o segundo parece estar relacionado com as diferenças interindividuais (Spar & La Rue, 2005).

De acordo com Sequeira (2010, p. 23) “ o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo”, em que não só as alterações biológicas vão ter repercussões mas, também fatores genéticos, patológicos, ambientais, assim como o contexto sociocultural em que o individuo se encontra inserido, se associam. O envelhecimento apresenta-se como um processo biológico inevitável em que as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma contínua.

Sendo um processo universal, é um processo único a cada individuo pela diversidade de fatores que o influenciam. O organismo vai sofrendo uma série de alterações estruturais que vão ter repercussão funcional ao nível dos vários órgãos e sistemas, não resultando “necessariamente em doença e incapacidade” mas que “podem tornar o corpo mais suscetível a doenças e incapacidades” (Lueckenotte, 2002, p. 4).

Pela diminuição das reservas adaptativas, pela debilitação dos mecanismos homeostáticos e do sistema imunológico, o organismo tem menor capacidade de resistir ao *stress* e, em situação de desequilíbrio, a sintomatologia apresentada pela pessoa idosa, pode ser de difícil perceção pela sua apresentação inespecífica e heterogeneidade, relativamente aos doentes mais jovens (Lueckenotte, 2002).

Conceitos importantes no envelhecimento, ambos dependentes da capacidade

funcional<sup>4</sup>, física e cognitiva, e de fatores psicossociais, são a autonomia e independência da pessoa idosa. Autonomia é a “percepção da capacidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais do dia-a-dia, de acordo com as suas próprias regras e preferências” enquanto independência “é comumente entendida como a capacidade de viver independentemente na comunidade sem/ou com pouca ajuda de terceiros” (WHO, 2002, p.13). Enquanto a autonomia está relacionada com a capacidade do indivíduo tomar as suas decisões, a independência encontra-se associada à capacidade de desempenho das atividades de vida diária. Embora os dois conceitos possam estar associados um não implica necessariamente o outro (Sequeira, 2010).

A capacidade de uma pessoa idosa se manter independente depende de fatores biológicos, psicossociais e ambientais, sendo a capacidade de realizar as atividades básicas e instrumentais de vida essencial para a manutenção dessa independência. Uma pessoa idosa pode conseguir manter a sua independência se o contexto, o ambiente social em que se insere, for facilitador ao contrário de outra, com as mesmas limitações, mas em que o ambiente e a rede social que a rodeiam não sejam favoráveis. Aspetos que têm de ser considerados pelos profissionais de saúde na sua avaliação.

## **1.2. A Pessoa Idosa e o Serviço de Urgência**

A par do envelhecimento demográfico assiste-se também a uma alteração do padrão epidemiológico, que se caracteriza pelo aumento do número de pessoas com doenças crónicas e comorbilidades, que se refletem na maior procura de cuidados de saúde (Salvi *et al.*, 2007). Decorrente das mudanças referidas anteriormente verifica-se um aumento progressivo no atendimento às pessoas idosas nos SU, principalmente nos grupos mais idosos (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Foo, Chan, Goh & Seow, 2009; Salvi *et al.*, 2007; Samaras *et al.*, 2010).

Comparativamente a grupos populacionais mais jovens, as pessoas idosas:

---

<sup>4</sup> Capacidade funcional – Definida como a capacidade da pessoa idosa realizar as atividades de vida diária, desde as atividades básicas de vida que lhe permitem manter uma vida independente até às ações mais complexas (Camara, Gerez, Miranda & Velardi, 2008).

Sequeira (2010) utiliza o termo competência funcional considerando como a capacidade da pessoa idosa realizar as atividades de vida relacionadas com o seu autocuidado, as atividades instrumentais de vida diária necessárias à sua independência e as atividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva.



a) apresentam mais situações urgentes e emergentes quando observados (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Robinson & Mercer, 2007; Salvi *et al.*, 2007; Samaras *et al.*, 2010; Strange & Chen 1998);

b) realizam mais exames auxiliares de diagnóstico e apresentam maior tempo de permanência no SU, embora o seu diagnóstico tenda a ser mais demorado e menos preciso. O que pode ser explicado por mudanças associadas à idade<sup>5</sup> e apresentação atípica da doença na pessoa idosa, pelas interações decorrentes da polimedicação e, ainda, com a existência de diversas comorbidades (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi *et al.*, 2007; Samaras *et al.*, 2010);

c) necessitam de intervenções terapêuticas mais complexas, o que em conjunto exige mais dos profissionais (Strange & Chen, 1998);

d) apresentam maior probabilidade de readmissão, e maior risco de efeitos adversos após alta, tais como declínio funcional<sup>6</sup>, hospitalização prolongada, admissão em Lar e até morte nos seis meses seguintes, sendo o risco particularmente elevado nos três primeiros meses (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Hastings & Heflin, 2005; Salvi *et al.*, 2007).

Devido às suas características os SU podem ser considerados locais hostis, em que o espaço físico e a gestão não estão em paralelo com as necessidades das pessoas idosas que a estes serviços recorrem (Hwang & Morrison, 2007).

O ambiente ruidoso, a falta de privacidade e a luz fluorescente contínua, a permanência em macas estreitas e com colchões finos, o chão de materiais facilmente escorregadios são aspetos que promovem a desorientação, aumentam o risco de aparecimento de úlceras de pressão e não são propícios a pessoas com alterações na marcha e no equilíbrio (Hwang & Morrison, 2007). Na tentativa de manter a segurança, as pessoas idosas são incentivadas a permanecer no leito com as diversas complicações que daí podem advir (Hwang & Morrison, 2007).

---

<sup>5</sup> Do Inglês *age-related changes*- Afetadas por fatores genéticos e estilos de vida a longo prazo, são muito variáveis de indivíduo para indivíduo. Mais evidentes após os 85 anos, geralmente envolvem um declínio na reserva funcional com uma resposta reduzida a agentes stressores podendo alterar a resposta da pessoa idosa à doença. O conhecimento das alterações ao nível dos diversos sistemas, nomeadamente: Vascular, Pulmonar, Renal e Génito-urinário, Orofaringeo e Gastrointestinal, Músculo-esquelético, Nervoso e Imunitário, é fundamental na avaliação e cuidar em enfermagem na medida em que Estas alterações podem ter impacto na saúde e na funcionalidade e exigir o desenvolvimento de estratégias terapêuticas (Hartford Institute For Geriatric Nursing, 2012).

<sup>6</sup> Declínio funcional – Diminuição da capacidade para desempenhar tarefas de vida diárias, devido a redução da funcionalidade física e/ou cognitiva (Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chevalley, 2010).

Também os cuidados prestados estão direcionados para o diagnóstico e tratamento da situação aguda e episódica que traz o doente à urgência, concluindo-se que esta atuação não é adequada para responder às necessidades complexas das pessoas idosas (Adams & Gerson, 2003; Aminzadeh & Dalziel, 2002). A tentativa de maximização dos recursos com uma rápida avaliação dos utentes agrava na maioria das vezes as já existentes dificuldades devidas a compromisso funcional (Hwang & Morrison, 2007).

Estes serviços têm como objetivo proporcionar cuidados de saúde a indivíduos em situação de urgência/emergência, mas o sistema torna-se ineficiente perante indivíduos idosos que apresentam situações complexas, alterações de memória, redução da mobilidade, comorbilidades e necessidades sociais (Salvi *et al.*, 2007). Limitação do número de profissionais, falta de tempo, e altas taxas de ocupação são igualmente aspetos condicionantes na prestação de cuidados às pessoas idosas admitidas nos SU (Hwang & Morrison, 2007; Samaras *et al.*, 2010).

Apesar do exposto, os SU devem ser considerados locais ideais para a deteção de situações que de outro modo não seriam possíveis (Rubenstein, 1996). A ida ao SU pode ser considerada um evento sentinela (Caplan, Williams, Daly & Abraham, 2004), uma oportunidade de avaliar a capacidade funcional e cognitiva de um utente idoso. É necessário encontrar novos modelos de atuação adequados a estes doentes, propondo-se uma avaliação que reconheça as necessidades das pessoas idosas no contexto clínico, psicológico, social e ambiental (Sanders, 2001).

A utilização de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa no SU pode-se revelar muito útil na deteção de síndromes geriátricas até então não detetados e ajudar no tratamento e encaminhamento destes utentes (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi *et al.*, 2007).

### **1.3. A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no Serviço de Urgência**

Face à singularidade e heterogeneidade dos problemas apresentados pelas pessoas idosas, relacionados com o próprio envelhecimento, mas influenciados pelo contexto onde se inserem, a sua abordagem necessita de ser mais ampla que a abordagem utilizada num utente jovem. Torna-se necessário avaliar as pessoas idosas de uma forma multidimensional. Com esta avaliação pretende-se identificar “as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais

as necessidades de ajuda (...) para suprir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas” (Sequeira, 2010, p. 43).

A avaliação geriátrica multidimensional ou avaliação geriátrica compreensiva deriva do Inglês *Comprehensive Geriatric Assessment*<sup>7</sup>. Conceito definido por Ellis & Langhorne (2005, p. 71), citando Rubeinstein (1991), como “*a multidimensional interdisciplinary diagnostic process focused on determining a frail elderly person’s medical, psychological and functional capability in order to develop a coordinated and integrated plan for treatment and long-term follow-up*”. Traduzido por Veríssimo (2006, p. 490) “como um processo diagnóstico multidisciplinar, e frequentemente interdisciplinar, orientada para detectar problemas médicos, psico-sociais e funcionais do idoso, com o objectivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo.”

Esta é uma avaliação em diversos domínios: clínico, mental, funcional e social, efetuada por uma equipa multidisciplinar, seguida de um plano terapêutico que inclui reabilitação (Ellis, Whitehead, O’Neill, Langhorne & Robinson, 2011).

Teoricamente, os benefícios de uma avaliação desta natureza têm sido descritos em função dos seguintes objetivos: Promover a precisão do diagnóstico; Otimizar o tratamento clínico; Melhorar o prognóstico; Restaurar e manter a funcionalidade; Apoiar em caso de perda de autonomia; Melhorar a qualidade de vida (Ellis & Langhorne, 2005). Os critérios usualmente utilizados para definir os grupos populacionais que beneficiam desta avaliação têm sido: a idade, presença de doença física, existência de síndromes geriátricas<sup>8</sup>,compromisso da capacidade funcional e problemas sociais (Ellis & Langhorne, 2005). De acordo com estes critérios, alguns estudos têm demonstrado um significativo decréscimo na taxa de institucionalização,

---

<sup>7</sup> Definição atualmente utilizada e citada em inúmeros estudos consultados. Termo traduzido para português como Avaliação geriátrica compreensiva ou Avaliação geriátrica Multidimensional sendo esta ultima a denominação adotada neste trabalho. No entanto, devido ao facto de o foco deste projeto serem as pessoas idosas pode aparecer simplesmente a designação de avaliação multidimensional (nota dos autores).

<sup>8</sup> Embora ainda não consensual na literatura, podemos considerar como síndromes geriátricas as condições mais comuns que afetam as pessoas idosas, de que são exemplo o *delirium*, as quedas, a incontinência urinária, as úlceras de pressão entre outras. Condições altamente prevalentes na pessoa idosa, especialmente pessoas idosas frágeis, partilham causas e fatores de risco. Multifatoriais na sua origem, envolvem diversos órgãos e sistemas, sendo responsáveis por alterações profundas na capacidade funcional e qualidade de vida (Inouye, Studenski, Tinetti & Kuchel, 2007; Olde Rikkert, Rigaud, van Hoeyweghen & de Graaf, 2003). Também valioso como referência no cuidado à pessoa idosa, Fulmer *SPICES*, acrónimo para as condições mais comuns na pessoa idosa que requerem intervenção de enfermagem (*Sleep disorders; Problems with eating or feeding; Incontinence; Confusion; Evidence of falls; Skin breakdown*). A utilização deste acrónimo na avaliação da pessoa idosa hospitalizada ao invés da ênfase na causa que origina a vinda do utente ao hospital pode permitir a identificação de necessidades menos evidentes (Fulmer, 2007).

aumento da taxa de sobrevivência, melhoria no *status* funcional, físico e mental, e redução na medicação aquando da alta hospitalar (Ellis & Langhorne, 2005).

Reportando-se ao impacto da hospitalização, um estudo reforçou os benefícios de uma avaliação multidimensional no declínio da funcionalidade, na diminuição do risco de morte e aumento da probabilidade de os doentes regressarem a casa, e na reorganização dos serviços no sentido da sua aplicação, não existindo evidência de aumento de custos para o hospital e do ponto de vista social representar um potencial ganho (Ellis *et al.*, 2011).

A avaliação do estado funcional, físico e cognitivo, assim como a avaliação social da pessoa idosa permitem determinar a sua independência funcional, identificando capacidades e limitações, e fornecendo indicações quanto à rede de suporte social da pessoa. Esta avaliação mais ampla permite a seleção das intervenções mais adequadas a cada caso (Lueckenotte, 2002).

Aspetos primordiais neste processo são os cuidados centrados na pessoa<sup>9</sup> e a continuidade de cuidados (Ellis & Langhorne, 2005) que, embora muito discutidos nos SU, raramente são prioridade (Rubenstein, 1996). Interromper este padrão e providenciar uma intervenção baseada numa avaliação multidimensional pode ser uma mais-valia nos ganhos em saúde.

As pessoas idosas que recorrem ao SU têm elevado risco de efeitos adversos nos seis meses seguintes à admissão no SU, sendo o risco particularmente elevado nos três meses seguintes à visita, com 10% a 45% dos doentes a experienciar um aumento da dependência funcional (Aminzadeh & Dalziel, 2002). Apresentam uma taxa mais elevada de readmissão, mais comum em idosos frágeis<sup>10</sup>, com défices nas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)<sup>11</sup> e Atividades Instrumentais de Vida Diária

---

<sup>9</sup> Cuidados centrados na pessoa – Respeito pela autodeterminação do indivíduo na determinação das suas necessidades e tomada de decisões. Exige o estabelecimento de uma relação terapêutica, entre profissional e cliente, baseada na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento, só possível através da compreensão dos valores individuais da pessoa (McCormack, 2003).

<sup>10</sup> Síndrome de fragilidade do idoso é um estado clínico em que existe um aumento da vulnerabilidade de um indivíduo para aumentar a sua dependência para o desenvolvimento de uma maior dependência e/ou mortalidade quando expostos a um agente de *stress*, mesmo que minor (Morley, *et al.*, 2013).

<sup>11</sup> ABVD- Definem-se pelo conjunto das atividades primárias da pessoa relacionadas com o autocuidado e com a mobilidade; atividades quotidianas essenciais, determinadas pela autonomia do indivíduo e realizadas regularmente no sentido de manter a independência no seu meio habitual. Incluem atividades como: usar a casa de banho, arranjar-se, tomar banho, vestir-se, deambular (Sequeira, 2010).

(AIVD)<sup>12</sup> (Caplan, Brown, Croker & Doolan, 1998).

Analisando o padrão e os preditores de efeitos adversos em saúde nestes doentes conclui-se que a dependência funcional é o fator de risco prevalente (Aminzadeh & Dalziel, 2002). Outros fatores de risco são: a idade avançada; a recente hospitalização ou admissão no SU; viver só e falta de suporte social. Embora menos evidenciados na literatura, podemos ainda considerar o mau estado de saúde geral, a presença de comorbilidades, a polimedicação e alguns diagnósticos, tais como a diabetes e o compromisso cognitivo (Aminzadeh & Dalziel, 2002).

Estes fatores (dependência funcional, preocupações psicossociais e síndromes geriátricas) apesar de reconhecidos como indicadores de fragilidade e preditivos de efeitos adversos nos ganhos em saúde são muitas vezes negligenciados, mal documentados e inadequadamente caracterizados (Aminzadeh & Dalziel, 2002).

A situação aguda que leva a pessoa idosa a recorrer ao SU pode mascarar situações geriátricas de longa duração, tornando os SU locais ideais para a aplicação de programas de avaliação multidimensional (Rubenstein, 1996) que associados a um plano coordenado de alta podem conduzir a uma melhor identificação e tratamento de problemas até então não detetados (Aminzadeh & Dalziel, 2002).

Muitas das pessoas idosas, além da situação que as fez recorrer ao SU, apresentam situações que só uma avaliação multidimensional consegue detetar. Uma avaliação multidimensional no SU é útil na identificação de síndromes geriátricas ainda não diagnosticadas, permitindo identificar dois novos problemas/necessidades que uma observação rotineira não identificaria (Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chevalley, 2011), proporcionando a possibilidade de uma intervenção precoce (Foo *et al.*, 2009).

De acordo com uma revisão sistemática da literatura (RSL) realizada por Graf *et al.* (2011), a avaliação geriátrica multidimensional no SU demonstrou ser eficiente na diminuição do declínio funcional; na diminuição da taxa de readmissão no SU e ainda na institucionalização dos utentes considerados de alto risco.

Outro estudo, que tinha como objetivo determinar a eficácia de uma avaliação multidimensional seguida de intervenção adequada, numa unidade de observação de um SU em Singapura, demonstrou uma efetiva redução na taxa de readmissão no SU

---

<sup>12</sup> AIVD – São constituídas pelas atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência, estando diretamente correlacionadas com o estado cognitivo, incidindo na capacidade de cozinhar, usar telefone e transportes públicos, saber gerir o dinheiro (Sequeira, 2010).

e de hospitalização. Benefícios sustentados aos três, seis, nove e doze meses, num país onde, de acordo com os autores do estudo, a população não possui acompanhamento regular por médico de família (Foo, Tan, Ding & Seow, 2012).

No entanto, a avaliação multidimensional é um processo moroso e, considerando as características de um SU, não é realístico pensar numa avaliação geriátrica completa (Graf *et al.*, 2011). A monitorização e elaboração de protocolos de intervenções específicas podem ajudar a caracterizar os doentes que beneficiariam de uma avaliação mais cuidada nestes serviços e de um encaminhamento adequado (Graf *et al.*, 2011; Samaras *et al.*, 2010).

A identificação de utentes idosos de risco é o primeiro passo no desenvolvimento de intervenções adequadas no sentido de promover resultados positivos nos ganhos em saúde (Aminzadeh & Dalziel, 2002), mostrando ser mais eficaz do que desenvolver intervenções direcionadas para todos os idosos (Hastings & Heflin, 2005). Identificar o risco, neste grupo etário que recorre ao SU, permite desenvolver estratégias no sentido de melhorar o cuidado e consequentemente a saúde e as taxas de admissão (Caplan *et al.*, 2004).

Conclui-se que, deve ser aplicada de forma rotineira no SU, uma ferramenta validada de monitorização para identificação das pessoas idosas de risco, curta e de fácil aplicação, seguida de uma avaliação multidimensional com as subseqüentes informações transmitidas aos profissionais de cuidados de saúde primários (Graf *et al.*, 2011).

Uma intervenção planeada em duas fases, dirigida às pessoas idosas que recorrem ao SU, consistindo a primeira na identificação de risco seguida de uma breve e uniformizada avaliação multidimensional realizada pelo enfermeiro, mostrou uma redução significativa na taxa de declínio funcional nos quatro meses seguintes à admissão no SU (McCusker *et al.*, 2001).

Uma avaliação multidimensional aplicada de forma sistematizada utilizando instrumentos de avaliação do risco como rastreio, seguido de uma breve avaliação das pessoas idosas consideradas de risco, torna mais eficiente o uso dos recursos e potencia a garantia da qualidade e a consistência das intervenções entre vários serviços (McCusker, Dendukuri *et al.*, 2003).

A escala ISAR (Anexo I) é a primeira escala de monitorização de risco a ser validada especificamente para uso na urgência, em que cada item é um dos fatores de risco considerado para efeitos adversos em saúde<sup>13</sup> (McCusker *et al.*, 1999).

Inicialmente desenvolvida no Canadá, a escala ISAR deriva da aplicação de um questionário com 27 itens. Elaborado através da combinação entre o resultado de uma revisão da literatura, acerca dos fatores de risco para mortalidade, institucionalização e aumento da dependência funcional, com a adaptação de itens de instrumentos já existentes e finalmente a modificação e redução dos itens por um painel de peritos. Com este questionário, foi realizado um estudo para identificar o subconjunto de itens que avaliassem a preditividade de efeitos adversos em saúde em pessoas idosas até 6 meses após a sua admissão no SU. Deste estudo, resultou um questionário com seis perguntas de resposta dicotómica sim/não, que incluem os fatores de risco: dependência nas atividades de vida diária; compromisso visual; compromisso cognitivo; hospitalização anterior e polimedicação (McCusker *et al.*, 1999).

A utilização da escala ISAR permite a deteção precoce das pessoas idosas que têm ou estão em risco de declínio funcional, o que pode conduzir a intervenções precoces, quer no hospital quer na comunidade, permitindo uma redução efetiva na frequência dos efeitos adversos em saúde, até seis meses seguintes à admissão no SU, e nos custos associados (McCusker *et al.*, 1999). Inicialmente desenvolvida para identificação de pessoas idosas em risco aumentado de declínio funcional e outros efeitos adversos em saúde, durante um período de 6 meses após a visita ao SU (McCusker *et al.*, 2001), pode ser também considerada como preditor de readmissão no SU, considerando que as pessoas idosas com elevado risco têm mais probabilidade de regressar ao SU que as de baixo risco (McCusker *et al.*, 2000).

A acrescentar como valor à escala ISAR o fato de ser um instrumento breve, de fácil aplicação, e permitir no SU direcionar os recursos clínicos disponíveis para o subgrupo de pessoas idosas que se encontram em risco de desenvolver efeitos adversos em saúde (Dendukuri, McCusker & Belzile 2004).

Dos instrumentos de identificação existentes capazes de triar no momento da admissão o risco de declínio funcional, e atendendo a que este risco deve ser avaliado o mais precocemente possível, a escala ISAR, validada em diversos contextos de

---

<sup>13</sup> Efeitos Adversos em Saúde – considerados, no desenvolvimento da escala: declínio funcional; hospitalização prolongada, institucionalização e morte (McCusker *et al.*, 1999; 2000).

urgência e preenchendo os critérios de uma breve e curta ferramenta de monitorização é, no estado atual de conhecimento, recomendada (Edmans & Gladman, 2012; Saint-Hubert *et al.*, 2010).

Uma RSL que tinha como objetivos identificar as avaliações funcionais utilizadas nos SU, analisar as propriedades psicométricas e estabelecer recomendações para a prática, considera a escala ISAR uma opção de eleição, atendendo às características dos SU. Ressalvam que uma avaliação mais abrangente deve ser efetuada nos utentes identificados como de risco (Bissett, Cusick & Lannin, 2013).

De forma contraditória, um estudo, o primeiro efetuado no Reino Unido, demonstrou pequena capacidade preditiva para discriminação dos efeitos adversos em saúde, embora os autores mantenham o seu valor clínico (Edmans *et al.*, 2013). Os mesmos autores concluem que, é necessário um instrumento para identificação das pessoas idosas de risco admitidas nos SU, mas que dada a complexidade do cuidar geriátrico, é difícil desenvolver um instrumento único com boas ou excelentes capacidades preditivas, sendo sempre indispensável o julgamento clínico na tomada de decisão. Esta conclusão é reforçada por uma RSL cujo resultado indica que aos instrumentos de triagem, se devem seguir outros processos de avaliação a que o julgamento clínico da equipa clínica não pode ser alheio (Sutton, Grimmer-Somers & Jeffries, 2008).

#### **1.4. A Pessoa Idosa, a Continuidade de Cuidados e a Articulação de Serviços**

A qualidade e a continuidade dos cuidados são uma preocupação na prestação de cuidados. A continuidade dos cuidados otimiza o processo de cuidar e os ganhos em saúde.

Além da falha em reconhecer os problemas que beneficiariam de uma avaliação mais cuidada, a deficiente comunicação dos problemas identificados e as estratégias implementadas, e a omissão em referenciar para os serviços de saúde da comunidade em tempo útil, têm sido os problemas mais documentados como causa das deficiências no cuidar de pessoas idosas no SU (McCusker, Dendukuri *et al.*, 2003; McCusker & Verdon, 2006).

A informação é muitas vezes descurada. Pessoas idosas institucionalizadas, ou enviadas de outros serviços de saúde, chegam frequentemente ao SU sem



informação, ou estão cognitivamente incapazes de a fornecer, não sendo também no momento da alta disponibilizada a informação relativamente às ações iniciadas ou preconizadas para a pessoa idosa em questão (Salvi *et al.*, 2007).

O tempo de permanência no SU, que se pretende curto, pode ser uma barreira à implementação de medidas que promovam a continuidade dos cuidados. É necessário adaptar instrumentos de avaliação à pessoa idosa às características de um SU, onde muitas vezes o tempo e os recursos escasseiam.

Uma breve avaliação das necessidades das pessoas idosas identificadas como de risco de desenvolver efeitos adversos em saúde, seguida de um plano de alta e referenciação para a comunidade, acompanhados da respetiva informação, promove a continuidade dos cuidados, e revela-se uma ação custo-efetiva por diminuir o risco de declínio funcional e os custos sociais (McCusker, Dendukuri *et al.*, 2003; McCusker, Jacobs *et al.*, 2003).

A pessoa idosa que recorre ao SU, na maioria das vezes, não apresenta uma patologia única mas sim comorbilidades várias que afetam a sua capacidade funcional (McCusker & Verdon, 2006). O desenvolvimento de uma estratégia multidimensional no planeamento da alta influencia positivamente o cuidado às pessoas idosas na sua transição para o domicílio (Dedhia *et al.*, 2009).

A importância da avaliação multidimensional é reconhecida, na identificação das necessidades das pessoas idosas com alta do SU para o domicílio, embora haja que enfatizar também a importância de um plano de cuidados individualizado e o suporte prestado pelos serviços de saúde da comunidade, na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da taxa de readmissão no SU (Ballabio *et al.*, 2008).

Intervenções direcionadas aos utentes de risco, que promovam a articulação com os serviços da comunidade, e consequentemente a continuidade dos cuidados, demonstraram ser eficazes na diminuição da utilização dos SU (McCusker & Verdon, 2006).

A articulação entre o hospital e os serviços de saúde da comunidade revela-se fundamental, pelo que a integração das intervenções iniciadas no hospital com as ações desenvolvidas no período pós alta deve ser um foco de intervenção do cuidado geriátrico (Sager & Rudberg, 1998).

## 1.5. A Teoria das Transições e a Pessoa Idosa

A ida de uma pessoa idosa ao hospital implica, na maioria das vezes, para o utente e para a família o início de uma fase de mudança, uma transição para uma nova etapa da vida.

Transição está relacionada com mudança e desenvolvimento, podendo-se definir como a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outro, e referir-se tanto ao processo em si como ao resultado complexo das interações entre a pessoa e o ambiente (Chick & Meleis, 1986). Transição refere-se não só à mudança em si como ao processo necessário para se integrar a mudança na vida quotidiana (Kralik, Visentin, van Loon, 2006).

Elegida como referencial teórico deste trabalho a teoria das transições de Meleis porque, de acordo com Meleis (2012) resumindo um trabalho anterior de Chick & Meleis (1986), os enfermeiros interagem com a pessoa que é parte integrante do contexto socio cultural onde se insere, que experiencia uma situação de saúde/doença e que por isso se encontra numa situação de transição ou a antecipá-la, sendo as interações enfermeiro-utente organizadas de acordo com um plano em que o enfermeiro atua no sentido de promover, melhorar ou facilitar a saúde.

Num meio menos favorável, como o é o SU, como pode o enfermeiro desenvolver estratégias tendo como foco da sua atuação a pessoa idosa?

O conhecimento das pessoas a quem os cuidados se destinam é fundamental, considerando-se que o cliente de enfermagem é o ser humano com necessidades, que se encontra em constante interação com o ambiente e que tem a capacidade de se adaptar a esse mesmo ambiente mas que devido a doença, situações de risco ou vulnerabilidade a potenciais doenças, experiencia ou está em risco de experienciar desequilíbrio, manifestando-se esta situação por necessidades não satisfeitas, incapacidade para cuidar de si ou ainda por respostas não adaptadas (Meleis, 2012).

A “arte de enfermagem tem sido utilizada como sinónimo de cuidar” (Meleis, 2012, p.92). Cuidar, de acordo com Watson (2002), requer conhecimento e compreensão das necessidades individuais e conhecimento do comportamento humano e das respostas humanas a potenciais ou atuais problemas de saúde.

Pela situação de fragilidade, cuidar de uma pessoa idosa no SU é mais do que limitar a ação do enfermeiro à satisfação das necessidades físicas mais evidentes. Implica um olhar atento e uma visão abrangente. Pelo tempo de permanência junto do

utente e proximidade que desenvolvem com este, e sendo a sua formação no sentido de olhar a pessoa de uma perspectiva holística enquadrando a família nas intervenções que desenvolve (Rosted, Wagner, Hendriksen & Poulsen, 2012), os enfermeiros têm um papel crucial perante este desafio.

Como os utentes e famílias vivenciam estes processos, quais as suas respostas, quais as consequências no seu bem-estar, e de que forma podem os enfermeiros atuar para cuidar e apoiar, sendo a saúde e a perceção do bem-estar os resultados esperados, são preocupações centrais de enfermagem (Meleis, 2010).

Reconhecer a ida de uma pessoa idosa ao SU como um fenómeno de transição vai permitir ao enfermeiro enquadrar e fundamentar as suas ações, antecipando situações que podem condicionar a aquisição e transição para novos papeis. As transições indiciam uma mudança no estado de saúde, no desempenho de funções, de expectativas ou capacidades, exigindo que a pessoa adquira novos conhecimentos no sentido de alterar comportamentos, o que implica uma mudança do “eu” no contexto social (Meleis, 2012).

Compreender o fenómeno da transição capacita os enfermeiros para uma abordagem mais holística dos cuidados de enfermagem (Kralik *et al.*, 2006). O enfermeiro necessita de ter uma visão global dos fatores/condições que podem influenciar e contribuir para determinado processo de transição. Para que possa ser bem-sucedido na sua atuação torna-se indispensável atender às características, expectativas, desejos e experiências dos intervenientes. Não pode limitar a sua ação ao utente mas necessita englobar a família, porque a transição que se segue à hospitalização é um período de risco para a saúde das pessoas idosas e seus cuidadores familiares (Shyu, 2000).

Quanto à natureza do fenómeno de transição temos de referir o tipo, o modelo e as propriedades. Meleis menciona diversos tipos de transição: desenvolvimento, situacional, saúde/doença e organizacional dos quais podem estar presentes, os três primeiros, aquando da ida de uma pessoa idosa ao SU.

A ida ao SU pode ser o início da consciencialização de um processo de envelhecimento, até então não percecionado como uma situação problemática. A existência de uma doença súbita, ou agudização de uma doença crónica, e a hospitalização trazem inúmeras consequências para o utente e família, representando uma mudança súbita no modo de vida de ambos.

Para o utente, por vezes, a incapacidade de continuar a representar o mesmo papel na estrutura familiar devido à situação da doença, nalguns casos associado a uma situação de reforma recente. Para o familiar a necessidade de assumir o papel de cuidador. O risco de declínio funcional resultante da hospitalização pode conduzir à perda de independência e autoestima do idoso (Sager & Rudberg, 1998). E ainda, e não menos importante, a transição para o domicílio tão problemática em diversas situações, devido a situações familiares várias, suporte social escasso ou outros.

Mais complexo ainda do que categorizar o tipo de transição que a pessoa idosa e família podem experienciar, é considerar o modelo de transição. A pessoa idosa e família podem vivenciar vários processos de transição em simultâneo. O processo de envelhecimento, o diagnóstico de doença e sua evolução, a instalação ou agravamento de um défice motor, alterações no processo de auto cuidado, a alteração da estrutura familiar, a alta hospitalar, o cuidado domiciliário, a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências com alteração de comportamentos, são exemplos, que podem justificar a "multiplicidade e complexidade das transições" (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000, p. 56), que podem ocorrer simultaneamente num determinado período de tempo (Schumacher & Meleis, 1994). Este é um aspeto importante na atuação dos enfermeiros, exigindo que estes se debrucem sobre os padrões das diversas transições que a pessoa idosa e família possam estar a experienciar (Meleis *et al.*, 2000).

Identificar as propriedades inerentes aos processos de transição e encontrar padrões de comportamentos permite antecipar situações e desenvolver estratégias terapêuticas no sentido de aumentar o bem-estar e a saúde. O enfermeiro necessita de determinar as necessidades da díade utente /família, ou do utente (nas situações em que este se encontra completamente isolado) para uma transição saudável em que os indicadores de uma transição saudável são o bem-estar subjetivo, refletido nas reações de *coping* do indivíduo, e o domínio do papel, com aquisição de competências que o tornam confortável no seu novo papel e bem-estar nas relações interpessoais com restabelecimento do equilíbrio na família (Meleis, 2010).

Capacitar as pessoas idosas e família para uma transição saudável vai permitir obter ganhos em saúde, que se podem resumir na satisfação relativamente aos cuidados prestados e a na qualidade de vida das pessoas idosas e seus cuidadores.

## **1.6. Competências de Mestre e Enfermeiro Especialista no Cuidado à Pessoa Idosa**

Promover e manter a autonomia e a independência das pessoas idosas são objetivos que orientam as estratégias de enfermagem, e, conseqüentemente, influenciaram a proposta para a elaboração deste projeto. Tendo como objetivo a qualidade dos cuidados prestados, os enfermeiros necessitam de se focar numa prática baseada na evidência e obtenção de ganhos em saúde (Parisi, 2008), para o que necessitam de desenvolver competências específicas.

Considerando que competência já não é apenas a soma de vários saberes (saber, ser, fazer) mas sim um processo de mobilização de conhecimentos e de aplicação destes recursos á ação (Boterf, 2005), face á complexidade das situações com que se deparam, já não se espera apenas que os enfermeiros possuam conhecimentos e saibam executar tarefas mas sim que saibam agir perante situações imprevistas.

No desenvolvimento de competências, o profissional necessita mobilizar o saber saber, saber fazer e saber agir; de modo a conseguir tomar decisões, tomar iniciativa, saber negociar e fazer escolhas; assim como assumir responsabilidades, não se tratando apenas de resolver uma situação mas de antecipar imprevistos (Boterf, 2005). Os saberes do conhecimento, interpessoais e relacionais revelam-se nas decisões do quotidiano. A competência atinge-se e vê-se na ação.

Perante o envelhecimento demográfico e a conseqüente utilização dos SU por parte de uma faixa populacional cada vez mais idosa (Aminzadeh & Dalziel, 2002), a prestação de cuidados ao idoso no SU é um desafio para os enfermeiros. O enfermeiro especialista como profissional que necessita de ter “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (OE, 2010a, p. 2) necessita de desenvolver e implementar intervenções de enfermagem, que adequem e promovam a melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa.

Apesar da existência da pós licenciatura na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constatamos que continua a não haver um regulamento de competências específicas para esta área, nomeadamente na vertente pessoa idosa. Razão pela qual, ao longo deste percurso, assumimos as Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a) no desenvolvimento de competências no domínio:

- a) da responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) da melhoria contínua da qualidade;
- c) da gestão dos cuidados;
- d) das aprendizagens profissionais.

Considerando este estágio como o início de um percurso e, analisando o nosso desenvolvimento atual à luz do perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e, de acordo com o modelo de Dreyfus de aquisição de competências utilizado por Benner (2001) no Modelo de Desenvolvimento de Competências dos Cuidados de Enfermagem, consideramos que nos encontramos no nível Iniciado. Confiamos que ao longo desta jornada, as experiências que vamos adquirindo sejam acompanhadas da aprendizagem necessária para que, possamos evoluir de forma contínua e no futuro aspirar ao nível de peritos.

O percurso efetuado para a finalização deste projeto foi também no sentido de desenvolvermos competências específicas para o grau de mestre (Dec. Lei nº 74/2006), que pretendíamos atingir com a consecução dos seguintes objetivos:

- Possuir elevado grau de conhecimentos e compreensão que permitam o posterior desenvolvimento assim como o desenvolvimento de novos projetos;

- Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão na resolução de novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares, embora relacionados com a área de estudo;

- Desenvolver capacidade de integrar novos conhecimentos na resolução de situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situação de informação limitada ou incompleta, prevendo as implicações e as responsabilidades éticas e sociais das decisões tomadas através da reflexão da prática e das soluções encontradas e juízos emitidos;

- Possuir capacidade de transmitir a outros profissionais os conhecimentos adquiridos, ou as conclusões decorrentes do raciocínio efetuado;

- Adquirir competências que permitam uma aprendizagem autónoma ao longo da vida.

## **2. PROBLEMÁTICA**

### **2.1. Diagnóstico de Situação**

Perante a necessidade de dar resposta à exigência académica de realização de um projeto, para ser implementado no 3º semestre na unidade curricular Estágio com relatório, desenvolvemos um projeto para ser implementado no SONC, serviço pertencente a um hospital central da área de Lisboa. Na fase de preparação deste projeto, inserido na unidade curricular Opção II, realizámos um estágio de observação utilizando as seguintes estratégias:

- Observação participante - método de observação flexível, tomando em conta a experiência dos observadores, integrando-nos na equipa de forma a recolher informação e a identificar o sentido das ações (Fortin, 2009);

- Entrevista semi-dirigida - aos enfermeiros da equipa e enfermeira chefe do serviço. Tipo de entrevista em que o entrevistador introduz o tema e o participante exprime as suas ideias, não havendo uma determinação antecipada da formulação ou ordem das questões (Fortin, 2009);

- Pesquisa de dados informáticos relativamente ao número de admissões e algumas características da população admitida.

Os utentes são admitidos na urgência do referido hospital, é feita a triagem de acordo com a Triagem de Manchester e se necessitarem de observação por clínico da especialidade de Neurologia (NL) ou Neurocirurgia (NC) são encaminhados para o SONC, devendo permanecer neste serviço apenas o tempo necessário para observação, realização de exames auxiliares de diagnóstico e/ou vigilância até se decidir o melhor encaminhamento possível: internamento, alta para o domicílio ou transferência para outra unidade hospitalar.

O serviço tem uma lotação reduzida, 12 utentes em maca, mas apresenta elevada rotatividade, não havendo limite de admissões por dia desde que se verifique a existência de vagas. A afluência de utentes, embora pertencentes a todas as faixas

etárias (desde que igual ou superior a 18 anos), é bastante elevada nas pessoas com 65 e mais anos.

Segundo dados obtidos através do gabinete de estatística do hospital, de Janeiro a Dezembro de 2012 verificou-se a admissão de 1800 doentes no serviço. Destes, 50,3% ou seja 907 utentes são indivíduos com mais de 66 anos, dos quais 568, 62,5%, têm alta para o domicílio ou para os hospitais distritais. Apesar de não ser possível a quantificação dos que têm alta diretamente para o domicílio, existe a percepção de que se trata de uma percentagem expressiva e que existe uma taxa elevada de readmissões nestes utentes.

Também como nos é referenciado pela literatura, embora a ênfase no tratamento seja dada à situação que faz o idoso recorrer ao hospital, é muitas vezes durante a permanência neste serviço que se detetam diversas situações a nível físico, psicológico e social. São detetados problemas funcionais, psicossociais e ambientais que não são a causa direta da recorrência ao SU, mas que podem estar na sua origem.

Os utentes idosos, pelas suas características, beneficiariam de uma avaliação global, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. As situações detetadas e as intervenções iniciadas carecem de continuidade aquando da alta do utente, pois estes não são acompanhados de uma nota de alta de enfermagem e não são referenciados para os serviços da comunidade.

Considerando a problemática abordada e o diagnóstico de situação realizado colocámos as seguintes questões: De que forma podemos minimizar os riscos associados a uma recorrência ao SU? Como podemos fazer uma avaliação da pessoa idosa atendendo às características do próprio processo de envelhecimento e às condicionantes de um SU? Como podemos promover a continuidade dos cuidados?

De acordo com a evidência, por a avaliação multidimensional a todas as pessoas idosas admitidas num SU não ser viável, a identificação dos utentes de risco pode ser uma mais-valia na resolução da situação, seguida de uma avaliação multidimensional direcionada a estes utentes e um encaminhamento mais adequado atendendo aos recursos disponíveis.

De acordo com as características do serviço e contextualizando a problemática da pessoa idosa num SU, consideramos que estão reunidas as condições para o desenvolvimento e implementação deste projeto. Com a vantagem de ser um serviço



de dimensões mais reduzidas que o SU do hospital, aspeto que nos pareceu, numa primeira fase, facilitador da implementação de uma avaliação multidimensional de forma sistematizada à pessoa idosa.

Conforme exposto no enquadramento teórico, pretendemos estruturar a nossa atuação em duas fases. Identificação das pessoas idosas que apresentam maior risco de desenvolver efeitos adversos em saúde, seguida de uma avaliação multidimensional, efetuada através da aplicação de uma grelha de avaliação, elaborada por nós para o efeito, com consequente desenvolvimento de estratégias dirigidas às necessidades identificadas, que podem passar pela referência para os respetivos serviços da comunidade.

Consideramos que a implementação deste projeto é uma mais-valia para a saúde da população a que se destina, devido à deteção de situações que de outra forma podem passar despercebidas, ao desenvolvimento mais precoce de intervenções adequadas à sua resolução e encaminhamento adequado para os cuidados de saúde da comunidade. Para o hospital pode revelar-se uma mais-valia na otimização de recursos, com o adequado encaminhamento e possível diminuição de efeitos adversos na saúde das pessoas idosas que tem alta do SONC. Para os enfermeiros, a avaliação multidimensional realizada de forma sistematizada pode tornar-se uma ferramenta de trabalho útil na prestação de cuidados à pessoa idosa admitida no SONC.

## **2.2. Pertinência do tema/justificação do projeto**

Verifica-se um aumento da afluência das pessoas idosas aos SU, prevendo-se que esta situação continue a agravar (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi *et al.*, 2007). Comparativamente a grupos mais jovens, e devido às taxas mais elevadas de situações urgentes e emergentes, taxas mais elevadas de internamento hospitalar e em unidades de cuidados intensivos, tempos de triagem e de permanência no SU mais longos e realização de mais exames auxiliares de diagnóstico, as pessoas idosas têm um impacto significativo nos serviços de saúde, nomeadamente nos SU (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Robinson & Mercer, 2007; Salvi *et al.*, 2007; Samaras *et al.*, 2010).

Embora utilizem mais recursos de saúde, o seu diagnóstico tende, no entanto, a ser menos preciso (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi *et al.*, 2007; Samaras *et al.*, 2010).

É largamente reconhecido que os SU não se encontram adequados às necessidades complexas das pessoas idosas que, frequentemente, apresentam múltiplos e interligados problemas clínicos, funcionais e sociais, pois os cuidados prestados nestes serviços estão direcionados para situações episódicas de doença, com o objetivo de um diagnóstico e encaminhamento rápidos do doente (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi *et al.*, 2007). Frequentemente, as pessoas idosas têm alta com situações que não foram detetadas/diagnosticadas e conseqüentemente não são desenvolvidas estratégias de intervenção (Samaras *et al.*, 2010).

No entanto, e paradoxalmente ao exposto anteriormente, os SU podem ser considerados locais ideais à detecção de situações/necessidades (Rubenstein, 1996). A visita ao SU pode ser considerada como um evento sentinela (Caplan *et al.*, 2004), permitindo identificar situações/necessidades, que de outra forma não seriam detetadas, e desenvolver intervenções adequadas.

Por outro lado, o risco de efeitos adversos em saúde em pessoas idosas admitidas no SU, após alta, é particularmente elevado nos três primeiros meses prolongando-se até aos seis meses seguintes (Aminzadeh & Dalziel, 2002). Situação que pode ser significativamente reduzida melhorando o diagnóstico, promovendo cuidados adequados e estabelecendo um programa de *follow-up* (Ballabio *et al.*, 2008).

O SU pode revelar-se um elemento fundamental num processo de cuidar, promovendo a diminuição do declínio funcional, comum em pessoas idosas após uma situação que necessite de cuidados de urgência (McCusker *et al.*, 2001). A implementação de intervenções geriátricas no SU tem efeitos benéficos nos ganhos em saúde, nomeadamente reduzindo o declínio funcional e cognitivo; além de que intervenções que, especificamente, promovam a articulação com os serviços de saúde primários, e conseqüentemente a continuidade dos cuidados, podem diminuir a utilização dos serviços de urgência (McCusker & Verdon, 2006).

Após a nossa pesquisa, conscientes da problemática investigada e da possibilidade de melhoria da prestação de cuidados, pareceu-nos relevante também do ponto de vista ético, a implementação deste projeto no nosso contexto da prática habitual. Diariamente confrontados com o desenvolvimento do conhecimento e de novas técnicas, os enfermeiros necessitam de uma atualização constante no

desenvolvimento de competências prosseguindo uma prática de excelência (Martins, 2004).

No respeito pelos direitos humanos, ponderando os benefícios da implementação deste projeto e a ausência de risco para o grupo de intervenção em participar, consideramos que todo o trabalho desenvolvido ao longo deste projeto teve por base os princípios da beneficência e da não maleficência (Martins, 2004).

### **2.3. Finalidade e Objetivos**

Sendo o projeto “um conjunto global sistemático e organizado de etapas, em que cada uma se articula com a anterior e que de alguma maneira determina a seguinte, com vista à concretização de determinadas finalidades” (Mão de Ferro, 1999, p. 229) o desenvolvimento e implementação deste projeto tinham como finalidade: Desenvolver Competências como Enfermeira Especialista na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa.

Como objetivos gerais foram delineados os seguintes: 1.Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa; 2.Implementar avaliação multidimensional sistematizada à pessoa idosa admitida no SONC; 3.Promover a continuidade de cuidados prestados à pessoa idosa com alta do SONC.

Para cada objetivo geral foram traçados objetivos específicos e, em função destes, definidas atividades e respetivos indicadores de avaliação, que podem ser consultados no Apêndice I.

Como recursos a utilizar para o desenvolvimento deste projeto, temos a considerar os recursos humanos, físicos e materiais. Nos recursos humanos, os enfermeiros dos contextos onde se desenvolveram os estágios e restante equipa de profissionais; a enfermeira chefe do contexto hospitalar, também coorientadora deste projeto; a professora da escola de enfermagem, orientadora do projeto; e por fim mas não menos importantes as pessoas idosas e suas famílias. Como recursos físicos, os locais de estágio, num dos quais foi implementado este projeto, e o meu domicílio. Nos recursos materiais, todo o material necessário ao desenvolvimento do trabalho: computador; livros, papel e material de escrita.

Como custos associados há que referir as horas despendidas na elaboração, implementação e avaliação do projeto (estágio, pesquisa, orientação tutorial,

elaboração escrita do projeto e relatório de estágio) pelos diversos intervenientes, não havendo outros custos relevantes associados.

Importante ainda considerar alguns fatores, uns facilitadores outros inibidores, no desenvolvimento deste projeto. Como fatores facilitadores: o apoio da enfermeira chefe do serviço onde foi implementado, e da enfermeira coordenadora do departamento; a equipa de profissionais, jovem e dinâmica; o relacionamento interdisciplinar e multidisciplinar; a possibilidade de interação com outros projetos que estão a ser implementados; não existirem custos monetários associados. Como fatores inibidores: a duração do estágio, que se revelou limitadora para os objetivos estabelecidos inicialmente; o incremento do tempo despendido para avaliação da pessoa idosa que recorre ao SONC; a necessidade de mudança de comportamento dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, que se revelou um desafio ao longo da implementação deste projeto.

### 3. METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho optamos pela metodologia de projeto, em que a teoria se encontra ligada à prática e o trabalho se desenvolve no próprio contexto (Ruivo *et al.*, 2010). Esta metodologia, que permite a aquisição de conhecimento baseado não só na teoria mas também no trabalho desenvolvido em contexto real, face a problemas reais e interagindo com as várias variantes que compõem esse contexto, é constituída por 5 fases (Ruivo *et al.*, 2010): **Elaboração do Diagnóstico da situação** – surgido de uma preocupação pessoal e através do trabalho de campo desenvolvido no contexto onde se realizou o estágio; **Planificação das atividades, meios e estratégias** – de acordo com os objetivos a que nos propusemos, recursos e tempo disponível; **Execução das atividades**- de acordo com os objetivos a que nos propusemos e com a planificação realizada; **Avaliação** - das atividades realizadas; **Divulgação dos resultados obtidos** – através da elaboração deste relatório de estágio.

Na consecução dos objetivos a que nos propusemos foi efetuada uma revisão da literatura, “essencial para conhecer o estado actual dos conhecimentos sobre o assunto” (Fortin, 2009), transversal a todo o projeto, através da *EBSCOhost* e *B-on*, em diversas bases de dados nomeadamente *Medline with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, utilizando as palavras-chave: *Elderly*, *Older people*, *Elder*, *Emergency department*, *Geriatric assessment*, *Comprehensive geriatric assessment*, combinadas de diversas formas, utilizando os booleanos *AND* e *OR*. Foi ainda utilizada a base de dados da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa assim como o repositório de diversas bibliotecas *on line*.

Foi também realizada pesquisa bibliográfica manual, a partir das referências bibliográficas dos artigos encontrados, sempre que tal nos pareceu proveitoso para o desenvolvimento do nosso trabalho. Os artigos encontrados foram selecionados primeiramente pela leitura dos *abstract*, seguindo-se uma leitura dos artigos escolhidos, decidindo-se então a sua inclusão ou exclusão da revisão. Pode-se

verificar a inclusão de referências provenientes de artigos mais antigos, explicando-se tal facto pela importância atribuída ao artigo como fonte primária de informação.

Tendo como base o estado da arte, estabelecemos a implementação deste projeto em duas fases.

Primeira fase – Identificação das pessoas idosas de risco de desenvolver efeitos adversos em saúde através da aplicação de um instrumento de monitorização/rastreio, a escala ISAR.

A escolha deste instrumento deve-se ao facto de ser breve e de fácil aplicação, ter sido especialmente desenhado e validado para o contexto de urgência (McCusker *et al.*, 1999), ser possível aplicar na admissão ou aquando da alta do doente (Dendukuri *et al.*, 2004). Acresce ainda como razão já se encontrar traduzido e validado para a população portuguesa por Tavares (2012), tendo sido adotada a designação de Identificação da Pessoa Idosa de Risco (IPIR) (Anexo II). No entanto, durante este trabalho manteremos a sua designação original, por considerarmos que para efeitos de pesquisa é facilitador.

A escala ISAR apresenta um score de 0 a 6, em que valores mais altos representam maior risco de efeitos adversos em saúde. Apesar de possível estabelecer outro valor, neste trabalho, atendendo a diversos estudos efetuados, relativamente à especificidade e sensibilidade da escala, e às recomendações do guia original da escala ISAR, adotou-se o valor  $\geq 2$ , perante o qual a pessoa idosa é considerada em situação de risco (Dendukuri *et al.*, 2004; McCusker *et al.*, 1999, McCusker, Jacobs, *et al.*, 2003; St. Mary's Hospital Center, 2000). Este foi considerado um valor altamente sensível para incluir a maioria das pessoas idosas num programa de prevenção (Salvi *et al.*, 2012).

Para tratamento final dos dados e apresentação dos resultados foi utilizado o programa *Office Excel 2007* da *Microsoft*. Para a análise dos dados foi considerado o período compreendido entre 9/12/2013 e 31/01/2014.

Segunda fase – Implementação de grelha de avaliação multidimensional das pessoas idosas. Esta grelha foi elaborada de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, com o intuito de ser aplicada às pessoas idosas que cumprissem, em simultâneo, os seguintes critérios:

-Identificadas como de risco aumentado, através da aplicação da escala ISAR (ISAR $\geq$ 2);

-Alta clínica para o domicílio.

A aplicação desta grelha permite a identificação das necessidades e o consequente desenvolvimento das ações consideradas adequadas e referenciação para os serviços da comunidade. Para visualização do projeto consultar fluxograma (Apêndice II).

De salientar a realização de um portefólio ao longo deste percurso, como estratégia de formação contínua e personalizada (Nadal, Alves & Papi, 2004) e sua importância no desenvolvimento profissional e pessoal. Mais do que a apresentação sequencial de várias atividades e o registo narrativo da aquisição de conhecimentos, a realização de um portefólio permite ao seu criador uma visão dos conhecimentos adquiridos assim como a necessidade de aquisição de novos conhecimentos. A sua elaboração permitiu tanto a aquisição de conhecimento de forma singular, como a reflexão no conhecimento adquirido e a consciencialização da necessidade de novas aquisições, ao longo do percurso efetuado.

Queremos ainda salientar as orientações tutoriais como determinantes na formação e desenvolvimento deste projeto. As reuniões realizadas foram essenciais na discussão de estratégias e atividades, promovendo o desenvolvimento de competências num contexto de aquisição de conhecimentos, mobilização de conhecimentos previamente aprendidos ao longo deste percurso académico e, ainda, de análise e reflexão sobre o trabalho desenvolvido.

Também as reuniões com a enfermeira chefe do SONC foram fundamentais no decurso deste percurso. Durante o estágio de diagnóstico de situação, ajudaram na reflexão do tema a desenvolver associando às necessidades do serviço. Durante o estágio de implementação do projeto proporcionaram a discussão e reflexão acerca de diversos aspetos, nomeadamente atividades a desenvolver e estratégias a definir, assim como critérios de implementação da escala ISAR e elaboração da grelha de avaliação.

No decurso deste projeto, e de acordo com o código deontológico do enfermeiro, as questões éticas relativamente ao desenvolvimento de uma prática de cuidados, salvaguardando os direitos e a liberdade das pessoas idosas e dos profissionais, foram sempre consideradas, no sentido de promover desenvolver o autoconhecimento e o conhecimento da equipa de profissionais, com o objetivo de prestar os melhores cuidados (OE, 1998).

Apesar da exigência do cumprimento das normas do código deontológico, este não foi o único aspeto que nos motivou no nosso percurso. Porque as normas podem ser reduzidas apenas a aspetos técnicos e porque, principalmente, no dia-a-dia nos deparamos com a singularidade de cada indivíduo e com a individualidade das respostas humanas a cada situação tentámos sempre agir tomando em consideração a pessoa como um todo e tentando fazer sempre mais e bem (Neves, 2004).

Focar ainda que, foi pedida autorização ao conselho de Administração para a implementação deste projeto e requerido parecer à comissão de ética do Hospital (Apêndice III). Foi concedida autorização pelos dois organismos embora sem uma autorização escrita formal.



## **4. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Para o desenvolvimento de competências realizámos estágio em duas unidades de saúde distintas. O primeiro, com a duração de cinco semanas, em unidade de saúde da comunidade, e o segundo em contexto hospitalar, mais especificamente no nosso local habitual da prática profissional, com a duração de 15 semanas.

Por apresentar as características necessárias e conhecermos a prestação de cuidados de enfermagem, a unidade de saúde hospitalar foi o local escolhido para a implementação do nosso projeto, propriamente dito.

A unidade de saúde da comunidade foi escolhida no sentido de compreendermos o contexto real da pessoa idosa no seu quotidiano, conhecermos a prestação de cuidados de enfermagem na comunidade, conhecermos os recursos existentes na comunidade e interagirmos com os enfermeiros da comunidade com vista à simplificação da articulação de serviços. Aspetos fundamentais no desenvolvimento da nossa grelha de avaliação multidimensional e da promoção da continuidade dos cuidados.

### **4.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa**

O desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa nos diferentes contextos em que esta se insere foi um objetivo transversal ao nosso percurso.

#### **4.1.1. Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa em contexto da comunidade e hospitalar**

##### **Contexto da comunidade**

Para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa idosa na unidade de saúde da comunidade, e em virtude de não ter sido a unidade

inicialmente selecionada para estágio, estabelecemos objetivos que podem ser consultados no Apêndice IV.

A integração na equipa multidisciplinar permitiu-nos a participação em todas as atividades e projetos desenvolvidos na unidade, com as mais diversas valias no nosso desenvolvimento.

Participámos na consulta externa do Adulto/Idoso e podemos prestar cuidados à pessoa idosa residente na comunidade, enfatizando a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* Tipo2.

Num crescente epidemiológico, tem-se verificado um agravamento de prevalência da Diabetes nos últimos anos, como se pode ler no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (Correia *et al.*, 2013). De acordo com o mesmo relatório, em 2012, a Diabetes apresenta em Portugal, na faixa etária dos 60-79 anos uma taxa de prevalência de 30,3% nos homens e 24,3% nas mulheres. Dados que podem justificar o número de pessoas idosas com Diabetes e complicações associadas, na consulta do Adulto/Idoso.

Foi também nossa perceção, confirmada pelo enfermeiro especialista responsável pela realização da referida consulta, que as pessoas idosas são uma fração importante dos utentes que a ela recorrem, apresentando comorbilidades várias, que são na sua maioria fatores de risco no Acidente Vascular Cerebral (AVC). Assim, decorrente da nossa participação na consulta e da experiência profissional na área das neurociências, elaborámos um cartaz como estratégia de formação da pessoa idosa, e respetiva proposta de aceitação do cartaz para exposição.

Com o cartaz pretendemos alertar os utentes para o risco de AVC como primeira causa de morte e incapacidade em Portugal, de acordo com a Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC) (2013).

Alguns estudos epidemiológicos em várias partes do mundo permitiram calcular uma incidência média de AVC de 200/100000 habitantes/ano (Carvalho, 2009). As alterações demográficas que se verificam, em todo o mundo e principalmente na Europa, irão provocar um aumento da incidência e prevalência do AVC que é considerado como a causa mais frequente de epilepsia na pessoa idosa assim como causa frequente de depressão (*European Stroke Organization* (ESO), 2008).

Ao invés da idade, que aparece como um fator de risco não modificável (depois dos 55 anos o risco aumenta para o dobro a cada 10 anos), temos como fatores de risco modificáveis, entre outros, a Hipertensão Arterial, a Diabetes *Mellitus* Tipo2, a dislipidémia, o tabagismo, a ingestão de álcool, a dieta e o sedentarismo (Carvalho, 2009). Fatores verificados diariamente na consulta.

Apesar de originariamente ter sido pensado tendo como alvo a pessoa idosa, consideramos que a mensagem expressa no cartaz pode, no entanto, trazer benefícios a toda a população adulta.

A proposta de aceitação do cartaz, além da fundamentação do mesmo, pretende também ser uma fonte de informação para os profissionais da unidade, o ponto de partida para uma pesquisa mais exaustiva para os que assim o entenderem. Esta fundamentação tem anexado dois instrumentos de avaliação que consideramos pertinentes, dado o interesse declarado nesta área por alguns enfermeiros da unidade.

O cartaz e respetiva fundamentação (Apêndice V), encarados como uma estratégia de melhoria continua com o objetivo acrescido da formação da equipa de enfermagem no sentido da otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, permitiram-nos desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados.

Participámos na visita domiciliária prestando os cuidados inerentes à pessoa idosa residente na comunidade, que necessita de cuidados domiciliários, visando a sua manutenção no domicílio. Os cuidados prestados abrangem diversos domínios. Desde a identificação de necessidades através da contextualização da pessoa idosa no seu ambiente; à realização de ações educativas para a saúde à pessoa idosa e cuidadores familiares, sendo os exemplos mais comuns destas a terapêutica medicamentosa, a alimentação, os cuidados com dispositivos de eliminação vesical, as condições habitacionais, entre outros; apoio espiritual e psicológico; até à realização de tratamentos.

Podemos interagir e perceber a dinâmica existente e necessária entre os diversos profissionais na manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa e família, a necessitar de apoio domiciliário.

Como estratégia de auto aprendizagem realizamos um estudo de caso que “consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo)” (Fortin, 2009, p. 241). O utente foi selecionado por

considerarmos que era representativo das pessoas idosas admitidas nesta unidade de saúde. Seguido na consulta e na visita domiciliária, viúvo, sem cuidador familiar, com comorbilidades várias que implicam alterações na capacidade funcional e independência.

Para o estudo elaborámos um instrumento de colheita de dados, de acordo com o referencial teórico adotado neste projeto (Apêndice VI). Nele foram incluídos os instrumentos de avaliação considerados mais adequados para uma avaliação que se pretende multidimensional. Para o desenvolvimento deste estudo de caso, além do acompanhamento do utente nas consultas realizadas na unidade, foi necessário realizar uma entrevista no domicílio, após obtido consentimento do utente (Apêndice VII). O respeito pelas questões éticas foi sempre resguardado, nomeadamente, explicando ao utente o contexto em que se inseria o trabalho, quais os nossos objetivos, pedindo a sua colaboração, garantindo a confidencialidade dos dados obtidos, e ainda salvaguardando a possibilidade de desistir da sua participação sem que com isso prejudicasse os seus interesses (Fortin, 2009).

A nossa atuação baseou-se sempre nos enunciados descritivos da OE (2001) relativamente aos padrões de qualidade do exercício profissional, e tendo por base os princípios éticos da Autonomia e do Respeito, considerando fundamental o respeito pelos direitos da pessoa com quem estabelecemos uma relação terapêutica (Filipe, 2004).

Este estudo de caso foi mais um contributo valioso no nosso percurso profissional e até pessoal. A pesquisa desenvolvida e o desenvolvimento de estratégias necessárias para o estabelecimento de uma relação interpessoal com o utente, que constitui a essência da prática do cuidar (Hesbeen, 2000), num período de tempo tão limitado, foram fundamentais no nosso desenvolvimento profissional<sup>14</sup>.

A nossa atuação na consulta e na visita domiciliária, complementado pela realização do estudo de caso, permitiu-nos desenvolver competências ao nível do desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção

---

<sup>14</sup>Desenvolvimento profissional Segundo Alarcão & Sá-Chaves (1994), citadas por Alarcão & Rua (2005, p. 377) “resulta da interacção mútua e progressiva entre uma pessoa, activa, em constante crescimento e os contextos em que actua, estes também sempre em transformação. Este processo interactivo é influenciado pelas relações entre os contextos imediatos e os contextos mais vastos em que estes se inserem.” O processo de desenvolvimento “implica ser capaz de avaliar as suas capacidades e competências, identificar aspectos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, buscar melhorias, desenvolver o auto- conhecimento e a auto-regulação, tomar decisões relativas à profissão” (Alarcão & Rua, 2005, p. 380).

demonstrando uma tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada e suportando a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, evidenciadas no plano de cuidados elaborado. Contribuiu também para o nosso desenvolvimento na área da avaliação multidimensional através da observação, da interação com a pessoa idosa no seu ambiente usual e da aplicação de diversos instrumentos de avaliação.

Outro aspeto importante a referir, e razão principal para a escolha deste local de estágio específico, foi a avaliação multidimensional realizada às pessoas idosas residentes na comunidade, Projeto inovador aquando do seu início em 2008. Para esta avaliação, denominada atualmente Avaliação Funcional Global Integrada e Avaliação Clínica Integrada (AFGACI), as pessoas idosas podem ser referenciadas de qualquer unidade pertencente à instituição, não existindo critérios definidos para a sua realização. A primeira é realizada por enfermeiro (com a participação do assistente social no preenchimento do Método de Avaliação Bio-psico-social - MAB) enquanto a segunda consiste na realização de diversos exames complementares de diagnóstico, após consulta de Medicina Interna, e encaminhamento para as diversas consultas de especialidades clínicas. Destas duas avaliações resultava um relatório final conjunto que já não se faz. A caracterização da unidade, esclarecimento adicionais relativos à AFGACI, assim como a avaliação qualitativa relativa ao estágio podem ser consultados no Apêndice VIII.

Apesar de o objetivo final desta avaliação se ter diluído no tempo, integrarmos na equipa de enfermagem e participarmos nestas avaliações foi importante no nosso percurso académico e profissional. Permitiu-nos melhorar o nosso desempenho na aplicação de instrumentos de avaliação e possibilitou uma visão da sua exequibilidade, que se revelou útil no desenvolvimento da grelha de avaliação a elaborar e a implementar no hospital.

Embora do ponto de vista da avaliação multidimensional, este estágio não se tenha revelado tão importante quanto expectávamos, foi fundamental ao proporcionar-nos uma visão do contexto da comunidade até então desconhecida. Esse conhecimento permitiu-nos a contextualização da pessoa idosa no seu ambiente, perspetivando-nos uma visão global que até agora não possuíamos, que se revelou essencial também na elaboração da nossa grelha de avaliação e no desenvolvimento do nosso projeto.

Neste estágio efetuámos ainda uma visita, com a duração de um dia, a um Lar Residência e Centro de Dia, pertencentes à instituição. Podemos observar as características de um lar, local frequente de contexto de vida da pessoa idosa, partilhar com a equipa de profissionais a sua visão relativamente ao que é considerado importante no cuidar.

Esta visita além da interação com a pessoa idosa institucionalizada no seu ambiente, ainda mais importante por ser o primeiro contato no nosso percurso profissional com esta realidade, promoveu momentos de reflexão relativos à pessoa idosa institucionalizada e às competências necessárias a uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Este estágio revelou-se uma mais-valia no nosso desenvolvimento profissional e pessoal. Devido à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa no seu contexto habitual, importância acrescida por esta ser uma realidade diferente da nossa; devido à aplicação de diversos instrumentos de avaliação com vista à avaliação multidimensional e ainda devido ao *feed-back* proporcionado pelos enfermeiros relativamente à continuidade dos cuidados e articulação dos serviços. De referenciar também a promoção do desenvolvimento de competências relacionais.

### **Contexto hospitalar**

Durante o período correspondente ao estágio em meio hospitalar, prestámos cuidados à pessoa idosa admitida no hospital em contexto de urgência e desenvolvemos estratégias de implementação deste projeto.

Tivemos oportunidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos nas diversas disciplinas desde o início deste percurso até ao momento e da mesma forma realizar novas aprendizagens que nos permitissem uma tomada de decisão fundamentada. A reflexão foi uma constante na nossa prática o que, temos consciência, muito contribuiu para a mudança das nossas práticas. Refletir sobre a experiência desafia à identificação de novas maneiras de atuação (Johns, 2000), sendo a reflexão sobre a prática profissional um aspeto da formação contínua no desenvolvimento de competências (Hesbeen, 2000).

Essencial para a qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “no processo de tomada de decisão em enfermagem (...) o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.” (OE, 2001, p. 10). Neste sentido, procurámos sempre

agir de acordo com uma prática baseada na evidência, que segundo Pearson e Craig (2002, p. 9), pode ser definida como “ a integração da melhor evidência pela investigação com a competência clínica e os valores do doente”, em que a melhor evidência pela investigação, de acordo com o mesmo autor citando Sackett et al (2000), é a “investigação clinicamente relevante (...) mas especialmente a investigação clínica centrada no doente.”

Uma prática baseada na evidência implica pesquisar a melhor evidência, compreender essa evidência e transferi-la para o contexto da prática. Perante as situações apresentadas procurámos agir segundo a evidência atual mais adequada à situação clínica apresentada, mas também de acordo com o conhecimento que nos permitia a tomada de decisão<sup>15</sup> que se adequava às necessidades e respostas da pessoa idosa. Pretendemos um cuidado individualizado, reconhecendo a pessoa idosa hospitalizada como um indivíduo único, desenvolvendo ações tendo em atenção as suas experiências, comportamentos, sentimentos e percepções (Radwin, 2002). Tivemos sempre como objetivo o cuidado centrado na pessoa, que representa uma atitude de respeito pelos direitos do indivíduo enquanto pessoa e parceiro na relação de cuidado (McCormack, 2003). Ou seja, objetivando a pessoa idosa como o centro dos nossos cuidados, encarando-a como uma pessoa singular, com as suas experiências, desejos e ansiedades, necessariamente participativa nas decisões e no estabelecimento de resultados.

Tal como no estágio anterior elaboramos um estudo de caso (Apêndice IX) selecionando uma utente que considerámos estar a vivenciar um processo de transição, devido ao diagnóstico de recidiva de tumor cerebral. Este estudo permitiu aumentar o nosso conhecimento relativamente à pessoa idosa em questão e estudar as mudanças suscetíveis de acontecerem ao longo de um período de tempo (Fortin, 2009), em torno de um plano de cuidados de enfermagem<sup>16</sup>.

Este estudo de caso permitiu-nos o desenvolvimento de competências já identificadas no estudo de caso anterior. Muito importante referenciar a relação

---

<sup>15</sup> A tomada de decisão ou julgamento clínico é a interpretação ou conclusão acerca das necessidades, preocupações ou problemas de saúde, e/ou decisão de agir (ou não), modificar abordagens *standard* ou improvisar outras julgadas como apropriadas face à resposta do doente. O processo pelo qual se toma uma decisão, raciocínio clínico, é baseado na evidência e no entendimento clínico intuitivo (Tanner, 2006).

<sup>16</sup> Cuidados de enfermagem definidos por Hesbeen (2000, p.67) como “a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares (...) com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem.”

terapêutica estabelecida durante este período. Já fora do âmbito académico deste projeto mas, devido à evolução clínica, a utente tem vindo a sofrer readmissões repetidas no SONC e passámos a ser o elemento de enfermagem de referência, aspeto que se tem vindo a revelar importante para a utente e família.

Nas competências de enfermeiro especialista ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o percurso efetuado durante a realização destes dois estágios, com os diversos contributos, permitiu-nos desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, através do conhecimento e da consciência de nós próprios enquanto pessoas e enfermeiros; e a auto aprendizagem.

A referenciar a formação que diligenciámos fora do nosso local de estágio em eventos científicos e outros que pudessem complementar o desenvolvimento de competências (Apêndice X). A formação, baseada na aquisição e desenvolvimento de competências, é o que permite ao indivíduo desenvolver-se como profissional (Hesbeen, 2000). De todos estes eventos se extraíram contributos valiosos para o nosso percurso. Quer na aquisição de conhecimentos, quer na reflexão da experiência de outros profissionais, quer ainda na participação ativa através da discussão de situações concretas e partilha de experiência, sempre rica de conteúdo (Apêndice X).

A frequência, nomeadamente de, congressos tem a vantagem de “(...) favorecer trocas de experiências e estabelecimento de contactos” (Hesbeen, 2000, p. 141). Na frequência da Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica, apesar de já não ser para nós de todo desconhecido, tomámos conhecimento em pormenor do trabalho realizado pela Unidade Universitária de Geriatria, e mais concretamente da consulta de Geriatria efetuada na consulta externa de um hospital da área de Lisboa. Por considerarmos que podia ser um contributo valioso quer a nível pessoal quer a nível profissional, abordamos o Professor responsável pela referida Unidade e consulta, no sentido de sabermos mais pormenores e de obtermos autorização para estagiarmos na consulta.

Após autorização do responsável e da Administração do Hospital, realizámos um estágio de observação com a duração de oito horas na consulta de Geriatria. Podemos observar a avaliação multidimensional realizada às pessoas idosas, que podem ser referenciadas de qualquer ponto do país e por qualquer unidade de saúde. Realizada por uma equipa multidisciplinar, com as especialidades de enfermagem, geriatria, nutrição, farmacologia e fisioterapia. Esta consulta é complementada pela



visita domiciliária, em que um dos critérios para a sua realização é a pessoa idosa viver sozinha.

Este estágio, embora só de observação, foi muito importante na prossecução e consecução dos nossos objetivos. Podemos observar a relevância do papel da enfermeira neste processo e permitiu-nos observar formas de interação com a pessoa idosa, no sentido de estabelecer “pontes” para uma relação terapêutica. Alertou-nos para as diversas síndromes geriátricas, e deu-nos uma visão dos instrumentos de medida considerados mais adequados para a sua identificação; sua aplicabilidade e exequibilidade. Aspetos fundamentais na nossa prestação de cuidados e na elaboração da grelha de avaliação.

Todas as atividades descritas desenvolvidas no sentido da nossa formação permitiram-nos desenvolver a autoaprendizagem, possibilitando-nos contributos para uma prática baseada na evidência, competências inerentes ao enfermeiro especialista. Aumentar o nosso grau de conhecimento e compreensão de forma a permitir o posterior desenvolvimento e aplicação em novos projetos, assim como melhorar a prestação de cuidados integrando novos conhecimentos na resolução de situações mais específicas, traduziu-se no desenvolvimento de competências com vista à obtenção do grau de mestre.

O facto do serviço de implementação deste projeto ser o nosso local de prática profissional habitual facilitou a integração na equipa e o envolvimento dos restantes elementos de enfermagem no projeto. A relação já estabelecida anteriormente revelou-se um elemento facilitador da nossa aprendizagem e dos demais enfermeiros.

Interessante, e como tal não podemos deixar de referir, o nosso papel como modelo na prestação de cuidados e consultores na equipa de enfermagem, apesar de nos encontrarmos em estágio e portanto em contexto de formação. Sempre que alguma dúvida surgia no contexto de prestação de cuidados à pessoa idosa, e não apenas diretamente relacionada com a implementação do projeto, fomos chamados a dar o nosso parecer.

Estas situações ajudaram no diagnóstico de necessidades formativas, fomentando novos momentos de discussão e reflexão, alargados aos restantes enfermeiros da equipa. Tentámos sempre divulgar o conhecimento adequado de forma

a capacitar os profissionais para situações futuras, encarando esta nossa atuação num contexto de supervisão clínica<sup>17</sup>.

Estas solicitações levam-nos a concluir que a nossa atuação já apresenta características específicas decorrentes da formação para enfermeiros especialistas, e surge como uma forma de liderança<sup>18</sup> influenciando o comportamento dos restantes elementos de enfermagem. Perante situações específicas levantámos questões e apresentamos procedimentos alternativos que na maioria das vezes determinaram a reflexão nas práticas quotidianas. A reflexão sobre o exercício profissional é uma necessidade da prática de enfermagem (OE, 2001).

Como consequência, verificam-se pequenas mudanças, nomeadamente ao nível do discurso perante a pessoa idosa, que apresenta agora uma intencionalidade mais abrangente na colheita de dados.

Deste modo desenvolvemos competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal liderando de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior especificidade, e avaliando o processo e os resultados da tomada de decisão; no domínio da melhoria da qualidade incorporando diretivas e conhecimentos na prática de cuidados de enfermagem; no domínio da gestão dos cuidados, otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; e ainda no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais reconhecendo a nossa influência na equipa e tornando-nos agentes facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho.

Do exposto, consideramos que estes dois períodos de estágio com a prestação de cuidados nos diferentes contextos em situações de maior especificidade e complexidade, a reflexão individual e a promoção de momentos de reflexão com os restantes elementos de enfermagem nas e sobre as ações desenvolvidas, o desenvolvimento de estratégias com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o auto conhecimento, a auto aprendizagem, a formação contínua e a formação aos pares nos permitiram desenvolver um conjunto de competências

---

<sup>17</sup> Supervisão clínica- definida, de acordo com o Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2010b, p.5), e posição adotada neste trabalho, “como um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. (...) A acção, reflexão e colaboração são eixos centrais deste modelo de supervisão clínica.”

<sup>18</sup> De acordo com Chiavenato (1999) liderança é uma forma de influência. Em que influência traduz um relacionamento interpessoal no qual uma pessoa age, de maneira intencional, de forma a modificar ou provocar um comportamento na outra.

integradas nos quatro domínios preconizados no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.

As atividades descritas foram também fundamentais no desenvolvimento da capacidade de integrar novos conhecimentos na resolução de situações complexas, emitir juízos e promover a reflexão na prática, competência inerente ao grau de mestre. O mesmo se aplica ao desenvolvimento da capacidade de transmitir aos restantes elementos da equipa os conhecimentos necessários a uma prática profissional adequada à pessoa idosa.

#### **4.2. Implementar avaliação multidimensional sistematizada à pessoa idosa admitida no SONC**

Para a implementação deste projeto uma das estratégias adotadas foi a criação de um dossiê temático relativo à Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa em SU, onde se encontra uma compilação de todo o material referente a este tema. Nomeadamente, documentos referentes a algumas atividades desenvolvidas e artigos consultados, que pelo seu interesse nos pareceu importante a sua acessibilidade para consulta, sempre que os enfermeiros considerassem oportuno. No sentido de facilitar a consulta foi também criado um ficheiro nos computadores do serviço com o mesmo conteúdo.

Na consecução deste objetivo, e como já referenciado anteriormente, a implementação deste projeto encontra-se dividido em duas fases. Consistindo a primeira no rastreio da pessoa idosa admitida no SONC e a segunda na avaliação da pessoa identificada como de risco e que tem alta para o domicílio, com subsequente encaminhamento.

##### **4.2.1. Capacitar os enfermeiros para a avaliação multidimensional da pessoa idosa no SONC**

Com a finalidade de dar a conhecer o projeto que pretendíamos implementar no SONC, nas duas primeiras semanas de Novembro, início do período de estágio, fizemos reuniões com os enfermeiros coordenadores de equipa objetivando a sua participação como dinamizadores neste projeto. Usámos a mesma estratégia com as duas enfermeiras dinamizadoras da formação em serviço, com o objetivo acrescido do agendamento de duas ações de formação em serviço.

Os projetos que se pretendem desenvolver num serviço só são possíveis de implementar envolvendo toda a equipa. Razão que nos levou a ponderar o horário dos enfermeiros no agendamento das ações, para que, atendendo a que as equipas de enfermagem são constituídas por três ou quatro elementos por turno, se pudesse englobar o maior número de profissionais. Agendadas no período das 14.30h às 15.30h, de forma a possibilitar a participação de alguns enfermeiros a fazer manhã e dos enfermeiros que vêm fazer o turno da tarde. Pela mesma razão, foi necessário proceder ao reagendamento da segunda formação.

As ações de formação tinham como finalidade apresentar o projeto e promover a participação da equipa de enfermagem na sua implementação. Enquadradas num processo de formação contínua, pareceu-nos pertinente o desenvolvimento de alguns conceitos relacionados com a pessoa idosa e a importância da avaliação multidimensional (Apêndice XI).

Realizadas e apresentadas em *Power Point* (Apêndice XII) decorreram no próprio serviço, a primeira a 27/11/2013 e a segunda a 3/12/2013. No decorrer da primeira formação verificámos que a duração inicialmente prevista de 40 minutos era insuficiente para apresentação e discussão do tema, pelo que na segunda formação aumentámos para 50 minutos.

Como indicadores de avaliação desta atividade utilizámos a realização do número de ações pretendidas (duas) e a adesão dos enfermeiros (obtida através da relação do nº de enfermeiros que assistiram à formação/nº total de enfermeiros). O número de ações agendadas correspondeu ao número de ações de formação realizadas, verificando-se uma adesão de 81% dos enfermeiros às sessões de formação. Na apreciação das sessões utilizámos a ficha de avaliação do hospital, tal como já tínhamos utilizado o documento de elaboração do plano de sessão. Esta ficha avalia a formação e a metodologia utilizada. Os resultados podem ser consultados no Apêndice XIII, assim como a ficha de avaliação utilizada.

Aos enfermeiros que não assistiram às formações agendadas foram realizadas sessões formativas individuais ou em grupos de dois, de cerca de 30 m de duração, com os mesmos objetivos das sessões anteriormente realizadas. Esta pareceu-nos a melhor estratégia para promover a formação dos enfermeiros relativamente ao tema da avaliação multidimensional da pessoa idosa e para contextualizar o projeto. Como já foi referenciado, as equipas são pequenas e devido a contingências hospitalares o

horário encontrava-se sobrecarregado o que dificultava a reunião destes enfermeiros num momento único.

Pelas mesmas razões, optou-se mais tarde, pela apresentação da grelha de avaliação, também em sessões de formação individuais ou em grupos de dois enfermeiros no decorrer dos turnos. Estas sessões com a duração prevista de 40 minutos, atendendo a um plano de sessão (Apêndice XI), tiveram como objetivos relembrar alguns conceitos, já abordados nas primeiras sessões de formação, e apresentar a grelha de avaliação, sempre com a finalidade de promover/manter o envolvimento da equipa neste projeto. Foi também apresentado o dossiê temático.

Verificámos que a participação nestas formações foi muito ativa, com os enfermeiros a questionar e a sugerir itens na grelha, e a colocar questões relativamente à sua fundamentação e manual.

As atividades descritas permitiram-nos o desenvolvimento da capacidade de suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, atuando como dinamizadores na integração de novos conhecimentos no contexto da prática. Também o nosso papel como formadores em ações de formação em serviço e no próprio contexto, atendendo às necessidades e recursos, pode ser encarado como facilitador da aprendizagem dos restantes elementos da equipa de enfermagem. Atendendo às limitações do contexto e à motivação demonstrada pelos enfermeiros e envolvimento até ao momento, as nossas ações possibilitaram adaptar o estilo de liderança adequado ao clima organizacional visando a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. Pelo que pensamos que, para enfermeiro especialista, desenvolvemos competências nos domínios do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da gestão dos cuidados.

Na implementação da avaliação sistematizada à pessoa idosa admitida no SONC consideramos que no âmbito das competências de enfermeiro especialista atuámos como dinamizadores no desenvolvimento de iniciativas demonstrando um nível de conhecimentos suscetível de divulgação aos restantes enfermeiros, fundamentais na elaboração de guias que podem vir a revelar-se fundamentais em programas de melhoria da qualidade e consequentemente com implicações ao nível do processo de cuidar. Identificámos, seleccionámos e desenvolvemos estratégias que promoveram a motivação da equipa e o seu envolvimento neste projeto. Finalmente, pensamos que neste percurso de implementação da avaliação multidimensional à

pessoa idosa no SONC fomos elementos facilitadores de aprendizagem e dinamizámos a incorporação de novo conhecimento na prática clínica no nosso contexto de atuação, quer através de ações de formação quer através da nossa atuação na prestação de cuidados.

Para a aquisição de competências de mestre, demonstrámos: a) um nível de conhecimentos que nos permitiu desenvolver a implementação de um projeto inovador em contexto de urgência; b) capacidade de aplicação dos conhecimentos numa situação nova num contexto que pretendemos multidisciplinar; c) capacidade de transmitir o conhecimento aos restantes profissionais; d) capacidade de uma aprendizagem autónoma.

#### 4.2.2. Identificar pessoas idosas de risco admitidas no SONC

Para atingir este objetivo, foi delineada como atividade a implementação de um instrumento de monitorização do risco.

Após revisão da literatura, a escala ISAR foi o instrumento de monitorização selecionado. O primeiro passo na obtenção da escala foi contactar o enfermeiro responsável pela sua tradução e validação em Portugal (Apêndice XIV). A finalidade além da disponibilização e autorização para utilização do referido instrumento, foi a obtenção de todos os esclarecimentos pertinentes referentes ao instrumento e modo de implementação.

No decorrer dos turnos, como estratégia de implementação da escala ISAR e envolvimento da equipa de enfermagem no projeto, promoveram-se momentos de formação enfatizando a avaliação multidimensional da pessoa idosa e informação relativamente à escala. Ainda como estratégia de implementação, foram desenvolvidos alguns momentos de discussão com os enfermeiros coordenadores de equipa, para que estes pudessem ser elementos dinamizadores do processo.

Para associar à escala elaborámos um questionário (Apêndice XV) no sentido de caracterizarmos a população que é admitida no SONC, e determinarmos algumas variáveis no funcionamento do serviço, estudo anteriormente nunca realizado. Para o seu preenchimento, sempre que tal não era possível através da pessoa idosa ou acompanhante, utilizou-se a informação que acompanha o utente e/ou a informação já disponível no sistema informático do serviço.

O questionário foi estruturado de forma a responder aos seguintes objetivos: a) caracterizar a população idosa que recorre ao SONC; b) determinar o tempo de permanência no SU até chegar ao SONC; c) determinar o tempo de permanência no SONC; d) determinar a sensibilidade e preditividade da escala ISAR relativamente ao internamento da pessoa idosa identificada como de risco.

Com o intuito de perceber quais as dificuldades e dúvidas surgidas com a sua aplicação mas também como estratégia de envolvimento dos enfermeiros, a aplicação da escala ISAR e questionário teve início de forma experimental, não apenas pelos responsáveis deste projeto, mas também pela restante equipa de enfermagem, na semana de 16 a 21 de Novembro. Proporcionaram-se momentos de discussão e reflexão durante os turnos de forma a se escutar opiniões e sugestões da equipa de enfermagem.

Apesar de a perceção dos autores deste projeto e dos restantes enfermeiros ser a de que a escala ISAR é um instrumento de fácil aplicação, tal como considerado pelos seus autores, durante o processo de implementação experimental verificaram-se algumas dúvidas, nomeadamente em relação às questões números três e quatro, similarmente já verificado num estudo anterior de Warburton, Parke, Church & McCusker (2004).

Não concordante com a dúvida suscitada no referido estudo, na questão número três a dúvida relacionava-se com o significado da palavra hospitalização: ser admitido no hospital ou estar efetivamente internado. Na questão número quatro “Em geral, vê bem?” a dúvida prendia-se com o uso de dispositivos de auxílio e com o significado de ver bem, dúvida concordante com o estudo referenciado anteriormente.

Estas dúvidas foram discutidas com o enfermeiro tradutor da escala concluindo-se que hospitalização significava estar internado e o uso de dispositivos auxiliares de visão devia ser considerado. Ver bem, como exemplo para os utentes, pode ser: ver os rótulos dos medicamentos ou as letras de um título no jornal. A um utente que use óculos, a questão deve ser reformulada como: “Com o uso de óculos, em geral, consegue ver bem?”.

Foram ainda redefinidos alguns critérios de inclusão das pessoas idosas admitidas no SONC e feitas algumas alterações no questionário. A aplicação de forma sistematizada deste instrumento e questionário, a todas as pessoas idosas admitidas no SONC, teve início no dia 9/12/2013 às 8 horas e terminou no dia 31/01/2014 às 24

horas. Não se prolongou o período de aplicação até ao final do período de estágio por considerarmos que os 14 dias seguintes não iriam influenciar os resultados, e desta forma facilitarmos a colheita e tratamento dos dados obtidos.

Na maioria dos estudos realizados com a aplicação da escala ISAR foi utilizado como critério de identificação de pessoa idosa de risco o valor de ISAR  $\geq 2$ . No entanto, de acordo com McCusker (2008), podem ser associados diferentes critérios ajustados às necessidades clínicas e recursos existentes.

Assim, para identificação da pessoa idosa de risco neste trabalho, foram considerados como critérios para risco positivo ser pessoa idosa:

- com *score* ISAR  $\geq 2$ ;
- incapaz de responder por razões clínicas diversas, mesmo que aparentemente orientada, sem acompanhante ou com acompanhante que não fornece dados;
- confusa sem acompanhante ou com acompanhante que não fornece dados;
- em que se verifique existência de episódio de queda, independentemente do *score* obtido com preenchimento da escala ISAR.

A formação dos restantes elementos da equipa de enfermagem, através da divulgação de novos conhecimentos e de novas experiências consideradas efetivas na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como as estratégias desenvolvidas para o seu envolvimento na aplicação da escala e a elaboração de um questionário que permite a obtenção de dados que podem vir a contribuir para a melhoria do funcionamento do serviço e consequentemente dos cuidados prestados à pessoa idosa admitida, permitiram-nos desenvolver competências no domínio da melhoria da qualidade e no domínio da gestão dos cuidados.

Durante a elaboração e implementação deste projeto, por condicionantes hospitalares, o serviço passou a disponibilizar mais quatro vagas para utentes enviados do SU já transferidos para serviços de Medicina e que não têm vaga nestes. De referir que o número de enfermeiros se manteve o mesmo na maioria dos turnos, aspeto importante devido à exigência aumentada de trabalho associada à disponibilidade pedida para participação neste projeto.

Devido às dúvidas suscitadas durante a semana de aplicação experimental, e de modo a generalizar a informação, facilitar o preenchimento e consequentemente a implementação deste instrumento elaborámos um manual de utilização (Apêndice XVI) que foi afixado, no gabinete, num local facilmente visível. Com esta estratégia



desenvolvemos a competência de orientação e supervisão das tarefas delegadas garantindo a segurança e a qualidade, no domínio da gestão dos cuidados.

Ainda como estratégia de lembrança para aplicação da escala foram colocados dois tabuleiros no gabinete de trabalho. Um com a escala por preencher à saída do gabinete, e outro para colocação da escala já preenchida junto aos tabuleiros que contêm documentos referentes aos utentes.

De forma a facultar o *feedback* aos enfermeiros relativamente aos dados obtidos, realizámos o tratamento de dados referente ao primeiro mês de aplicação da escala ISAR, no sentido de reconhecer a importância da sua atuação e promover o envolvimento no projeto.

Durante este mês efetuou-se a aplicação de 124 escalas ISAR e questionário, verificando-se apenas a existência de três mal preenchidos. Números que nos permitem a perceção do favorável envolvimento dos enfermeiros da equipa, apesar de não termos dados relativamente ao número de pessoas idosas admitidas no SONC neste período. Estes dados não foram pedidos ao gabinete de estatística por este ser um processo moroso, e a intenção ser mostrar os resultados obtidos com a aplicação da escala e despertar nos enfermeiros a necessidade de desenvolver estratégias para a avaliação da pessoa idosa identificada como de risco.

Os resultados obtidos (Apêndice XVII) foram transmitidos a toda a equipa em pequenas pausas durante o decorrer do turno, de forma individual ou em grupo, de acordo com um plano de sessão previamente definido (Apêndice XI). Durante estes períodos foi questionada a perceção da importância da implementação da ISAR e a perceção da necessidade de desenvolver estratégias de atuação perante as pessoas idosas identificadas como de risco. Esta forma de atuação pareceu-nos a mais adequada visto que não se verifica a realização de reuniões de passagem de turno e não era viável a marcação de uma ação de formação, devido à sobrecarga horária que se verificava no momento.

Ações que nos permitiram desenvolver competências ainda no domínio da gestão dos cuidados, adaptando o estilo de liderança e adequando-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Durante o período de aplicação da escala ISAR, e de acordo com dados fornecidos pelo gabinete de estatística, o número de pessoas idosas admitidas no SONC foi de 335 e o número escalas aplicadas foi de 239, 71,3 % do total. Como já

referenciado, três escalas foram anuladas, o que nos dá 236 escalas, correspondendo a 70,4 % das pessoas idosas admitidas. Percentagem que nos permite inferir, novamente, o envolvimento dos enfermeiros no projeto.

Os dados obtidos permitem-nos concluir que a nossa população neste período se caracteriza por ser essencialmente do sexo feminino (67%), situada predominantemente no subgrupo etário dos  $\geq 75$  <85 anos (41%). Admitidas no SU, à maioria das pessoas idosas é-lhes atribuída prioridade amarela (61%), após Triage de Manchester, sendo admitidas em SONC por causas diversas, embora relacionadas com a especificidade das neurociências. Provenientes maioritariamente do domicílio (62,7%), à data de admissão em SONC encontram-se sem acompanhante (69,9%), verificando-se neste grupo uma percentagem elevada de pessoas com confusão mental (34%). A viver sozinhos (13,6%) ou com o cônjuge (37,7%), encontram-se polimedicados<sup>19</sup> (53,3%) com a gestão da medicação a cargo dos próprios (44,9%), embora seja necessário ressaltar a percentagem expressiva de pessoas idosas da qual não foi possível apurar dados (17,8%). Tal como o tempo que medeia a admissão no SU e a admissão no SONC, o tempo de permanência no SONC é muito variável, sendo a maioria das pessoas idosas internada (49,2%) e 26,3% tenha alta para o domicílio. De acordo com os critérios definidos, constatámos que apenas 26 pessoas idosas (11%) apresentam escala ISAR <2. A maioria (89%) das pessoas idosas foi identificada como de risco positivo, verificando-se em 37,3 % a existência de episódio de queda.

O tratamento de dados relativos ao período de aplicação da escala ISAR (Apêndice XVIII), com necessidade de criar uma base de dados, analisar os dados e apresentação em tabelas e gráficos, exigiu pesquisa e formação numa área que não dominávamos.

Desde as ações para a obtenção e autorização de utilização da escala ISAR até ao tratamento final dos dados no período estabelecido, passando pela formação pessoal e ações de formação aos restantes enfermeiros, e todas as estratégias de envolvimento dos enfermeiros neste projeto permitiram-nos, através do desempenho

---

<sup>19</sup> Embora Polimedicção seja ainda um conceito sem consenso na literatura (Fulton & Allen, 2005; Wyles & Rehman, 2005), alguns autores consideram polimedicção como o uso de 5 ou mais fármacos (Banerjee, Mbamalu, Ebrahimi, Khan & Chan, 2011; Viktil, Blix, Moger & Reikvam, 2006), definição adotada para apresentação de resultados neste trabalho.

de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas e da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, desenvolver competências, respetivamente, nos domínios da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados.

Este percurso de identificação das pessoas idosas de risco que envolveu desde as ações para a obtenção e autorização de utilização da escala ISAR; formação pessoal e ações de formação aos restantes enfermeiros; tratamento final dos dados obtidos e todas as estratégias de envolvimento dos enfermeiros neste projeto, permitiu-nos agir como elementos dinamizadores no desenvolvimento e suporte de iniciativas e da gestão dos cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem, possibilitando-nos o desenvolvimento de competências, respetivamente, nos domínios da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados.

#### 4.2.3. Promover avaliação multidimensional através de grelha de avaliação

Identificar as pessoas idosas de risco e não desenvolver estratégias de intervenção não era de todo a atitude que os autores deste projeto pretendiam. O foco de maior preocupação eram as pessoas idosas identificadas como de risco e com alta para o domicílio.

Assim, fundamentados na literatura, entrámos na 2ª fase deste projeto. De acordo com a *Commission on Dignity in Care for Older People* (2012), a avaliação multidimensional aquando da alta hospitalar é uma das recomendações. Atendendo aos critérios de uma avaliação multidimensional e às contingências de um SU, onde muitas vezes o tempo e os recursos escasseiam, elaborámos uma grelha de avaliação (Apêndice XIX) para ser aplicada às pessoas idosas identificadas como de risco aquando da alta clínica.

Tal como a ideia mais ampla deste projeto, uma abordagem multidimensional em duas fases a pessoas idosas admitidas num SU, a ideia de elaborar esta grelha surgiu do instrumento de avaliação utilizado pelas autoras da escala ISAR após a aplicação da mesma – *Systemic Evaluation and Intervention of Seniors at Risk tool* (SEISAR). O instrumento de avaliação SEISAR, desenvolvido como a 2ª fase da intervenção, é utilizado pelos enfermeiros como um breve instrumento de avaliação multidimensional uniformizada com possível encaminhamento para uma avaliação multidimensional mais ampla por uma equipa multidisciplinar ou para uma unidade

geriátrica e posterior referência para unidade de saúde da comunidade (McCusker *et al.*, 2001; McCusker, Verdon, Caplan, Meldon, Jacobs, 2002; McCusker, Dendukuri *et al.*, 2003; McCusker, Jacobs *et al.*, 2003)

Este instrumento não foi utilizado porque não se encontra validado para a população portuguesa, e porque pressupõe uma equipa multidisciplinar ou unidade de geriatria, não se adequando por isso à nossa realidade. Atendendo ao âmbito deste projeto, elaborámos uma grelha que permita a avaliação multidimensional da pessoa idosa, e que pretendemos tão completa quanto possível. Da sua aplicação devem surgir as intervenções adequadas a cada utente.

Esta grelha tem como objetivo a avaliação da pessoa idosa em vários domínios com vista à identificação de necessidades e recursos disponíveis, adequado encaminhamento e promoção da continuidade dos cuidados com a transmissão fundamentada de informação pertinente. Ela permite uma visão mais holística da pessoa idosa e pode revelar-se um fator fundamental no processo de transição para o domicílio, e consequentemente ter repercussão nos ganhos em saúde. O conhecimento das condições quer pessoais, comunitárias ou sociais, assim como a perceção das pessoas idosas, que podem ser utilizadas ou necessitam ser alteradas, permite o desenvolvimento de ações terapêuticas no planeamento da alta para o domicílio. O intuito é iniciar o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais adequadas à pessoa idosa, desde a tomada de decisão da alta clínica, à promoção da continuidade de cuidados, transmitindo a informação resultante da sua aplicação aos profissionais de saúde da comunidade, facilitando a transição das pessoas idosas para o domicílio.

Como exemplos mais comuns de estratégias temos a referenciação para os serviços da comunidade, com indicação dos problemas detetados e ações já iniciadas, através da elaboração de nota de alta de enfermagem; e o encaminhamento para a assistente social do hospital.

Durante a elaboração da grelha procedemos à sua discussão com a docente orientadora e com a orientadora de estágio, procedendo à incorporação de algumas alterações, nomeadamente ao nível da estrutura dos domínios.

A par desta grelha de avaliação foi também elaborada a fundamentação teórica (Apêndice XX), e um manual de utilização (Apêndice XIX). O primeiro, tal como o nome indica é um documento que sustenta a grelha de avaliação na evidência atual. O

segundo tem como propósito a apresentação da grelha em termos de conteúdo e, contem sugestões e orientações quanto ao seu preenchimento.

Aquando da apresentação da grelha à equipa de enfermagem verificaram-se algumas dúvidas no item da nutrição, relativamente à quantidade e tipo de bebida considerada *standard*. Perante esta situação tornou-se pertinente elaborar um pequeno documento elucidativo e complementar ao manual de utilização (Apêndice XIX).

Como estratégia de motivação da equipa de enfermagem para a adesão a este novo compromisso (aplicação da grelha de avaliação), foram proporcionados momentos de reflexão, ao longo da aplicação da escala ISAR, no sentido do despertar para a necessidade da existência de uma estratégia seguinte, para as pessoas idosas que apresentavam risco positivo e tinham alta para o domicílio.

Embora iniciada logo que começámos o estágio no SONC, a elaboração da grelha revelou-se mais complexa do que tínhamos previsto. Esta complexidade associada à necessidade de realizarmos outras atividades, que necessitavam de ser desenvolvidas mais cedo, implicou um atraso temporal nos objetivos estabelecidos. Mais tarde do que estava previsto, a aplicação da grelha teve início de forma experimental no dia 1 de Fevereiro de 2014.

Foi assegurado aos enfermeiros a importância da sua opinião, relativamente ao tempo de aplicação da grelha, conteúdo e apresentação, assim como a importância de realizarem sugestões, num projeto que pretendemos comum. Aos enfermeiros que demonstraram maior envolvimento na implementação da escala ISAR, foi pedida ainda a sua colaboração como dinamizadores nesta segunda fase. No período compreendido entre 1/2/2014 (início da aplicação) e 14/2/2014 (final do estágio) verificámos a existência de catorze escalas ISAR positivas com aplicação de sete grelhas de avaliação.

Apesar da opinião dos enfermeiros de que a grelha é muito extensa quando a olham pela primeira vez, a opinião generalizada após a sua aplicação é de que: é de fácil aplicação; tem um tempo médio de aplicação de 15m, considerado adequado ao serviço embora com ressalvas em turnos mais complicados; está bem estruturada; abrange todos os domínios de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, possibilitando identificar necessidades que de outro modo não seriam detetadas.

Um facto interessante verificado foi a ligação da grelha de avaliação à nota de alta de enfermagem. Alguns enfermeiros questionaram a possibilidade da sua aplicação futura como nota de alta, fazendo algumas sugestões nesse sentido. Até ao final do estágio foram ainda realizadas algumas alterações, decorrentes das opiniões e sugestões efetuadas pelos enfermeiros e pelos próprios autores, resultantes da sua aplicação.

Durante a sua aplicação promovemos momentos de partilha de experiência e divulgação dos dados obtidos pelos enfermeiros, fomentando o interesse e motivação, no sentido de se transformarem as experiências<sup>20</sup> individuais em aprendizagem para o restante grupo, enfatizando o papel das experiências no desenvolvimento de competências (Madeira & Lopes, 2007).

Estes momentos de discussão e reflexão proporcionados no decorrer dos turnos, permitiram que toda a equipa de enfermagem aprendesse com a experiência individual de cada enfermeiro. Este conhecimento obtém-se sobretudo da reflexão sobre a prática exercida em diferentes situações novas (Rodrigues, 2007).

A realização desta grelha de avaliação e documentos relacionados, assim como a identificação, seleção e execução de estratégias para a sua implementação, ainda que de uma forma experimental, permitiu-nos desenvolver competências como enfermeiros especialistas, no domínio da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso, identificar a possibilidade de melhoria, identificar e seleccionar estratégias conduziu-nos na nossa atuação como dinamizadores no desenvolvimento e suporte de novas iniciativas e na conceção de um instrumento de avaliação que pretendemos venha a revelar-se um programa útil na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, visando obter ganhos em saúde.

---

<sup>20</sup> De acordo com Cavaco (2009) a experiência apresenta um carater dinâmico. É questionada e alterada em função das novas situações vivenciais, o que permite a evolução do indivíduo e dá origem a um processo de formação ao longo da vida.

### **4.3. Promover a continuidade de cuidados prestados à pessoa idosa com alta do SONC**

#### **4.3.1. Promover articulação entre SONC e unidades de saúde da comunidade**

De acordo com a literatura, e como já referenciado, com este objetivo pretendíamos promover a continuidade dos cuidados de enfermagem prestados, através da articulação entre o SONC e as unidades de saúde da comunidade pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de referência do hospital.

Para a sua consecução definimos como atividade a realização de estágio em unidade de saúde da comunidade pertencente ao referido ACES. Salientamos esta atividade, entre outras, pela importância de que se revestia, em nossa opinião, no desenvolvimento do projeto. Considerávamos que este estágio era um elemento facilitador na negociação e envolvimento dos enfermeiros da comunidade neste trabalho.

Para o efeito, fizemos uma pesquisa relativamente às condições apresentadas pelas unidades de saúde da comunidade pertencentes ao respetivo ACES, e fizemos um pedido de estágio para a unidade que nos pareceu servir melhor os nossos propósitos. Negociada a supervisão com a enfermeira especialista da referida unidade, embora de forma informal, o estágio foi recusado por não estarem reunidas as condições necessárias para a supervisão de estudantes.

Fizemos ainda uma entrevista com o enfermeiro responsável de outra unidade de saúde do mesmo agrupamento, que também nos garantia a possibilidade de estágio, mas quando contactado o coordenador a recusa manteve-se.

Apesar da recusa de estágio, e numa tentativa de atingir o objetivo delineado, foi pedida uma reunião com o enfermeiro coordenador do ACES no sentido de elaborarmos estratégias alternativas para promover a articulação entre os serviços.

Esta reunião possibilitou-nos, através de entrevista, auscultar a opinião do supracitado enfermeiro relativamente à possibilidade e forma de articulação entre os serviços, visão fundamental para os autores deste projeto, que assumem a sua inexperiência profissional no contexto comunitário. Concebida como uma entrevista semiestruturada, em que o entrevistador determina o tema a abordar e formula as questões, apresentando-as de forma que considera adequada, de modo a conhecer a opinião e compreender o ponto de vista do entrevistado (Fortin, 2009). Neste sentido,

estruturámos um guião (Apêndice XXI) constituído por quatro questões abertas, que “têm a vantagem de favorecer a livre expressão do pensamento e de permitir um exame aprofundado da resposta do participante” (Fortin, 2009, p. 378).

Desta reunião, que teve sensivelmente a duração de duas horas, concluímos que a articulação entre o SONC e as unidades de saúde da comunidade pertencentes a este agrupamento apresenta algumas dificuldades. Existe o receio, por parte do coordenador do ACES que o afluxo de utentes aumente com a referenciação do hospital o que no momento, devido ao constrangimento de elementos de enfermagem nas unidades de saúde deste ACES, se poderia revelar problemático. Pela mesma razão, a designação de um enfermeiro de referência para cada unidade a quem referenciaríamos as pessoas idosas com necessidades identificadas não é viável. A existir, esta articulação seria condicionada a três unidades de saúde específicas e, só após a elaboração de uma lista de critérios de referenciação.

Atendendo a estas especificações considerámos, após discussão e reflexão com a orientadora deste projeto e com a enfermeira chefe do SONC, orientadora do estágio, que seria mais proveitoso redefinir as atividades pensadas para este objetivo. Numa primeira fase, estruturar a implementação da avaliação multidimensional de forma sistematizada no SONC, e conseqüentemente promover a elaboração de nota de alta de enfermagem. Posteriormente, e numa segunda fase, alargar então o projeto à comunidade: identificar os recursos disponíveis, desenvolver métodos de referenciação e elaborar protocolos de intervenção.

O aplicativo informático utilizado no SONC permite a elaboração de uma nota de alta de enfermagem. Esta atividade, enquanto promotora da continuidade dos cuidados de saúde, foi incentivada ao longo deste projeto, quer durante as sessões de formação, quer nos momentos de discussão e reflexão, ou através da nossa prática profissional durante o estágio. É do consenso geral a sua importância, mas na realidade verifica-se uma resistência generalizada à sua realização, o que em certa medida pode ser explicado pela carga de trabalho.

No final do estágio esta continua a não ser uma prática generalizada no serviço. No entanto, no último período de estágio, com a apresentação e aplicação experimental da grelha de avaliação, tem-se verificado que os enfermeiros consideram que esta pode funcionar como uma nota de alta, fazendo referência a este aspeto diversas vezes.



Apesar de a negociação com os enfermeiros coordenadores ACES não ter sido bem-sucedida, o que implicou a alteração do objetivo inicialmente proposto e repensar as etapas delineadas, encarámos as atividades desenvolvidas e o resultado obtido como um contributo positivo no nosso desenvolvimento.

Atendendo aos objetivos por nós definidos, o estágio em unidade de saúde do ACES de referência do hospital revelava-se fundamental. Olhar para a pessoa idosa de uma forma holística implica contextualizá-la no seu ambiente. O estágio proporcionava esta contextualização, além de facilitar a negociação com os enfermeiros da comunidade e o seu envolvimento neste projeto. Com a recusa do campo de estágio e, de forma a não permitir que a nossa visão fundamentalmente hospitalar, em função do percurso profissional existente, pudesse funcionar como uma limitação neste projeto, foram efetuadas as necessárias diligências para negociar outro campo de estágio.

A seleção e escolha de outra unidade de saúde ficaram a dever-se à existência de um procedimento de avaliação multidimensional realizado à pessoa idosa residente na comunidade (AFGACI), que se nos afigurava uma mais-valia na consecução dos nossos objetivos.

Este estágio do ponto de vista da avaliação multidimensional não se revelou tão importante quanto expectávamos. No entanto, foi fundamental ao proporcionar-nos uma visão do contexto da comunidade até então desconhecida. Esse conhecimento permitiu-nos a contextualização da pessoa idosa no seu ambiente, perspetivando-nos uma visão global que até agora não possuíamos, que se revelou essencial na elaboração da nossa grelha de avaliação e no desenvolvimento do nosso projeto.

Embora inicialmente o estágio em unidade de saúde da comunidade tivesse como um dos objetivos promover o envolvimento dos enfermeiros da comunidade na articulação com o SONC, auscultar as opiniões e sugestões dos enfermeiros desta unidade, relativamente à continuidade de cuidados, foi também muito profícuo no desenvolvimento deste projeto. A partilha de informação surge como fundamental na transição entre o contexto hospitalar e o contexto da comunidade, de forma a garantir os cuidados apropriados às necessidades individuais (Azevedo & Sousa, 2012).

Este percurso por não ter sido linear ao que tinha sido previsto proporcionou talvez uma aprendizagem ainda mais rica. A necessidade de nos adaptarmos a situações imprevistas para atingirmos os objetivos propostos utilizando os recursos

acessíveis no momento foram fundamentais no nosso desenvolvimento acadêmico, profissional e até pessoal.

Negociar os recursos que nos pareciam adaptados aos nossos objetivos mas reconhecer as limitações existentes na sua consecução e saber aplicar os recursos existentes na promoção da qualidade dos cuidados, foi fundamental para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Fomentar a capacidade de comunicar e saber mobilizar os conhecimentos adquiridos em situações inesperadas e no reajustamento de novos objetivos foram contributos substanciais para o desenvolvimento de competências de mestre.

## **5. LIMITAÇÕES DO PROJETO**

Na implementação deste projeto deparámo-nos com algumas dificuldades que de uma forma ou outra influenciaram a consecução dos objetivos propostos inicialmente.

A recusa do campo de estágio de comunidade, pertencente ao ACES de referência do hospital, inicialmente selecionado, tal como as restrições impostas foram fatores fortemente condicionantes da articulação entre a unidade hospitalar e as unidades de saúde da comunidade. Objetivo que optamos por desenvolver futuramente e que intentámos colmatar através da elaboração de nota de alta de enfermagem.

A duração do estágio foi uma limitação que também queremos referir. Associada à nossa inexperiência no desenvolvimento de projetos neste âmbito, consideramos que foi limitador dos resultados obtidos, nomeadamente na aplicação da grelha de avaliação multidimensional.

No entanto encaramos estas limitações como momentos de aprendizagem e tentámos sempre retirar contributos que nos permitissem avançar e levar a cabo os nossos propósitos.

## CONCLUSÃO

O número de pessoas idosas admitidas nos SU é elevado, expectando-se que este número continue a aumentar. É reconhecido que o modelo de atuação usado nestes serviços não se encontra adequado às necessidades das pessoas idosas que a eles recorrem. A consciencialização desta situação, desafiante para os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, tem proporcionado o desenvolvimento de novas estratégias de atuação.

Uma abordagem mais ampla com a identificação de necessidades, e não apenas o tratamento da situação episódica que conduz a pessoa idosa ao SU, tem demonstrado benefícios. Uma atuação em duas fases em que a primeira consiste na identificação das pessoas idosas de risco seguida de uma avaliação multidimensional parece ser uma abordagem mais eficiente na obtenção de ganhos em saúde, ao promover o desenvolvimento precoce de intervenções direcionadas e a rentabilização dos recursos existentes.

Baseados nestes pressupostos e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área Medico Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa desenvolvemos um projeto de implementação no nosso local de prática profissional habitual, aspeto que em muito facilitou o nosso envolvimento com a equipa e as negociações necessárias ao seu desenvolvimento. Não podemos, no entanto, deixar de ressaltar que se os laços já existentes facilitaram a nossa atuação do ponto de vista comunicacional e relacional, por outro lado podem ter influenciado a nossa visão do problema e do próprio serviço.

O desenvolvimento de competências a que nos propusemos foi conseguido através de uma prática de cuidados centrados na pessoa idosa e baseados na evidência, a par de um processo reflexivo sobre a ação e na ação. Queremos salientar que proporcionar momentos de discussão e reflexão nos turnos ao longo do período de estágio foi uma das preocupações, como estratégia de formação profissional quer a nível pessoal quer dos restantes enfermeiros que constituem a equipa. A reflexão

sobre o exercício profissional é uma necessidade da prática de enfermagem (OE, 2001).

O estágio em unidade de saúde da comunidade, embora não a unidade inicialmente pensada, proporcionou-nos o contacto com uma realidade até então desconhecida, e consequentemente um conhecimento que se mostrou fundamental ao longo do nosso projeto, com repercussões até na nossa prestação de cuidados quotidiana em contexto hospitalar.

A implementação de uma avaliação multidimensional de forma sistematizada à pessoa idosa admitida em SONC foi o mote para o desenvolvimento deste projeto, que condicionou o nosso percurso ao longo deste estágio e da unidade curricular correspondente.

Implementar um instrumento de monitorização para identificação das pessoas idosas de risco, seguido de uma avaliação multidimensional às pessoas identificadas como de risco positivo e que têm alta para o domicílio, com grelha de avaliação elaborada para o efeito pelos autores do projeto, a que se segue o desenvolvimento de estratégias adequadas foi o percurso estabelecido. De referir, como transversal a este processo, a auto aprendizagem, a formação contínua e as ações de formação aos restantes enfermeiros.

Na promoção da continuidade dos cuidados prestados à pessoa idosa com alta do SONC, consideramos que as condicionantes do contexto foram inibidoras da sua prossecução. Embora responsáveis pelo desenvolvimento deste projeto, e não obstante o resultado das atividades desenvolvidas estejam dependentes da nossa capacidade de negociação, consideramos que não houve muita recetividade por parte dos serviços da comunidade à nossa proposta.

No entanto as atividades desenvolvidas não foram em vão. Foram encaradas como momentos de crescimento e aprendizagem, contributos para o nosso desenvolvimento pessoal e para o percurso necessário à realização do nosso trabalho, não invalidando um projeto futuro.

Na sua maioria, as atividades desenvolvidas, desde a formação aos pares, ações educativas às pessoas idosas, negociação com diversos elementos de enfermagem no sentido do seu envolvimento neste projeto, implicaram o desenvolvimento de competências relacionais ao longo deste percurso académico que gostaríamos de destacar.

Como implicações para a prática salientamos a consciencialização da problemática da pessoa idosa em SU pela equipa de enfermeiros do SONC, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O compromisso demonstrado com a participação ao longo deste projeto e a preocupação em procurar o conhecimento adequado, significa que a nossa atuação tem tido eco nos restantes elementos de enfermagem. A nossa atuação tem influenciado os restantes elementos de enfermagem o que se denota nas questões colocadas e em pequenas alterações no discurso e na atuação perante a pessoa idosa admitida no SONC.

Embora a avaliação multidimensional da pessoa idosa, realizada de forma sistematizada, não seja uma realidade no final do estágio, este projeto académico tem capacidade de continuar e tornar-se um projeto institucional uma vez que a equipa se envolveu no projeto e sugere a aplicação da grelha de avaliação como nota de alta de enfermagem.

Apesar do incremento do esforço desenvolvido pelos enfermeiros no seu quotidiano na implementação deste projeto, encaramos este trabalho como uma mais-valia no desempenho dos profissionais face à pessoa idosa admitida no SONC, podendo vir a ser coordenado, ou complementado com outros que se encontram em fase de implementação.

Como contributo para este projeto e numa perspetiva futura, foi agendado um *workshop* do departamento das neurociências no final do mês de Maio, para o qual fomos convidados a apresentar o tema referente à Avaliação Multidimensional da Pessoa idosa em SU. A apresentação deste tema tem como objetivo dar a conhecer, no centro hospitalar, o projeto implementado no SONC, as mais-valias adquiridas e as que se pretendem para o futuro. Esta apresentação, no âmbito da formação em serviço, é representativa do interesse despertado pelo tema e pelo projeto em si.

Para os autores deste projeto, como perspetivas para o futuro, ficou a vontade de prosseguir um trabalho que consideramos de toda a pertinência com o desenvolvimento de novos projetos.

Pretendemos, integrados numa equipa multidisciplinar, atuar como dinamizadores de equipa, tendo como foco de intervenção a pessoa idosa, além de desenvolver a capacidade de liderança numa prestação de cuidados de enfermagem de excelência direcionada à pessoa idosa.

Por fim a manutenção de uma aprendizagem autónoma que nos permita um crescimento profissional e pessoal que se reflita na atuação quotidiana.

Como sugestões para futuras investigações gostaríamos de propor a realização de trabalhos que tenham como foco:

- a perceção das pessoas idosas que têm alta do SU, quanto à continuidade de cuidados e grau de satisfação perante encaminhamento/referenciação aquando da alta;

- a perceção dos enfermeiros quanto à avaliação realizada à pessoa idosa admitida no SU;

- a importância dos SU como locais de implementação de programas de avaliação geriátrica.

Estas são apenas algumas sugestões das muitas que poderíamos fazer. Com o envelhecimento exponencial da população associado ao avanço tecnológico, o cuidado geriátrico e especificamente o cuidado da pessoa idosa em SU, pelo desafio de que se reveste, é uma área em que os enfermeiros, preferencialmente integrados numa equipa multidisciplinar, desempenham um papel fundamental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J. G & Gerson, L. W. (2003). A New Model for Emergency Care of Geriatric Patients. *Academic Emergency Medicine*, 10 (3), 271-274. **doi:**10.1197/aemj.10.3.271
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Revista Texto & Contexto - Enfermagem [online]*, 14 (3), 373-382. **doi:**10.1590/S0104-07072005000300008
- Aminzadeh, F. & Dalziel, W. B. (2002). Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 39 (3), 238-247. **doi:**10.1067/mem.2002.121523
- Azevedo, P. S. & Sousa, P. F. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*, 7, 113-122. **doi:**10.12707/RIII11140
- Ballabio, C., Bergamaschini, L., Mauri, S., Baroni, E., Ferretti, M., Bilotta, C. & Vergani, C. (2008). A comprehensive evaluation of elderly people discharged from an Emergency Department. *Internal Emergency Medicine*, 3, 245–249. **doi:**10.1007/s11739-008-0151-1
- Banerjee, A., Mbamalu, D., Ebrahimi, S., Khan, A .A. & Chan, T. F. (2011). The prevalence of polypharmacy in elderly attenders to an emergency department – a problem with a need for an effective solution. *International Journal of Emergency Medicine*, 4 (22), 1-3. **doi:**10.1186/1865-1380-4-22
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)* (A.A. Queirós; B. Lourenço, Trad.). Coimbra:Quarteto Editora [Tradução do original inglês From Novice To Expert. *Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (Commemorative Edition)*, 2001]



- Bissett, M., Cusick, A. & Lannin, N. A. (2013). Functional assessments utilised in emergency departments: a systematic review. *Age and Ageing*, 42, 163–172. **doi:**10.1093/ageing/afs187
- Boterf, G. (2005). *CONSTRUIR AS COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS E COLECTIVAS*. (M. D. Garrido, Trad.). Porto: ASA Ed. (Tradução do original CONSTRUIRE LES COMPETENCES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES, 2004, Paris: Editions D'Organization).
- Camara, F. M., Gerez, A. G., Miranda, M. L. J. & Velardi, M. (2008). Capacidade Funcional do idoso: formas de avaliação e tendência. *Acta Fisiátrica*, 15 (4), 249-256. Acedida em 9/05/2014. Disponível em <http://www.actafisiatrica.org.br/default.asp?ed=23>
- Caplan, G. A., Brown, A., Croker, W. D. & Doolan, J. (1998). Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department—the DEED study. *Age and Ageing*, 27 (6), 697-702. **doi:**10.1093/ageing/27.6.697
- Caplan, G. A., Williams, A. J., Daly, B. & Abraham, K. (2004). A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department-The DEED II Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1417–1423. **doi:**10.1111/j.1532-5415.2004.52401.x
- Carvalho, M. (2009). Doença Vascular Cerebral. In M. J. Sá (Coord.), *Neurologia clínica: compreender as doenças neurológicas* (pp. 167-209). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*, 13 (3), 220-227. **doi:**10.4013/edu.2009.133.04
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos* (2ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In A. I. Meleis (Ed.) *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES*

*IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE* (pp. 24-37). New York: Springer Publishing Company.

Commission on Dignity in Care for Older People (2012). *Delivering Dignity: Securing dignity in care for older people in hospitals and care homes*. Acedido em 20/01/2014. Disponível em <http://www.nhsconfed.org/Publications/reports/Pages/Delivering-Dignity.aspx>

Conroy, S. P., Stevens, T., Parker, S. G. & Gladman, J. R. (2011). A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'. *Age and Ageing*, 40, 436-443. doi:10.1093/ageing/afr060

Correia, L. G., Boavida, J. M., Almeida, J. P. F., Cardoso, S. M., Dore, J., Duarte, J. S. ... Raposo, J. (2013). *Diabetes: Factos e Números 2013 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2013*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido 10/05/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2013.aspx>

Dec-Lei nº74/2006 de 24 de Março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série A, Nº 60 (24/03/2006). 2242-2257. Acedido em 16/07/2013. Disponível em [http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL\\_74\\_2006.pdf](http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf)

Dedhia, P.; Kravet, S.; Bulger, J.; Hinson, T.; Sridharan, A.; Kolodner, K. ... Howell, E. (2009). A Quality Improvement Intervention to Facilitate the Transition of Older Adults from Three Hospitals Back to Their Homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 57 (9), 1540–1546. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02430.x

Dendukuri, N., McCusker, J. & Belzile, E. (2004). The Identification of Seniors At Risk Screening Tool: Further Evidence of Concurrent and Predictive Validity. *Journal of American Geriatrics Society*, 52 (2), 290–296. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52073

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa Nº 13/DGCG de 02/07/04. Acedido em 2/06/2013.

Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Edmans, J. A. & Gladman, J. R. F. (2012). Umbrella review of tools to assess risk of poor outcome in older people attending acute medical units. *Medical Crisis in Older People, Discussion paper series, Issue 11*. Acedido em 5 de Fevereiro de 2014. Disponível em [www.nottingham.ac.uk/mcop](http://www.nottingham.ac.uk/mcop)

Edmans, J., Bradshaw, L., Gladman, J. R. F., Franklin, M., Berdunov, V., Elliott, R. & Conroy, S. P. (2013). The Identification of Seniors at Risk (ISAR) score to predict clinical outcomes and health service costs in older people discharged from UK acute medical units. *Age and Ageing*, 0, 1–7.

**doi:** 10.1093/ageing/aft054

Ellis, G. & Langhorne, P. (2005). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*, 71, 45–59. **doi:** 10.1093/bmb/ldh033

Ellis, G., Whitehead, M. A., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *The Cochrane Library*, 7, 1-84. **doi:** 10.1002/14651858.CD006211.pub2

European Stroke Organization (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório* (A. C. Fonseca, I. Henriques, J. M. Ferro, Trad.). Acedido a 22/10/2013 em <http://www.spavc.org/>. Disponível em [http://spavc2013.lvengine.net/lmgs/pages/ESO%20GUIDELINES%20-%202008%20\(vers%C3%A3o%20traduzida\).pdf](http://spavc2013.lvengine.net/lmgs/pages/ESO%20GUIDELINES%20-%202008%20(vers%C3%A3o%20traduzida).pdf)

Filipe, F. (2004). Autonomia e Respeito. In M. P. Neves & S. Pacheco (Coord.), *Para uma Ética de Enfermagem* (pp.237-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Foo, C. L., Chan, K. C., Goh, H. K. & Seow, E. (2009). Profiling acute presenting symptoms of geriatric patients attending an urban hospital emergency department. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 38 (6), 515-516. Acedido em 8/01/2014 de PubMed. Disponível em <http://www.annals.edu.sg/pdf/38VolNo6Jun2009/V38N6p515.pdf>

- Foo, C. L., Tan, T. L., Ding, Y. Y. & Seow, E. (2012). Geriatric assessment and intervention in an emergency department observation unit reduced re-attendance and hospitalization rates. *Australasian Journal on Ageing*, 31 (1), 40–46. **doi:** 10.1111/j.1741-6612.2010.00499.x
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original *Fondements et étapes du processus de recherche*, 2006, Montreal: Chenelière Éducation).
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *American Journal Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 25/11/2013. Disponível em <http://www.nursingcenter.com>
- Fulton, M. M. & Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17, 123-132. **doi:**10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x
- Graf, C. E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevalley, T. (2010). Comprehensive Geriatric Assessment in the Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (10), 2032-2033. **doi:**10.1111/j.1532-5415.2010.03090.x
- Graf, C. E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevalley, T. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Aging Clinical Experimental Research*, 23 (4), 244-254. **doi:**10.3275/7284
- Hartford Institute For Geriatric Nursing (2012). *AGE RELATED CHANGES IN HEALTH*. Want to know more. Acedido a 6/01/2014. Disponível em [http://consultgerirn.org/topics/normal\\_aging\\_changes/want\\_to\\_know\\_more](http://consultgerirn.org/topics/normal_aging_changes/want_to_know_more)
- Hastings, S. N & Heflin, M. T. (2005). A Systematic Review of Interventions to Improve Outcomes for Elders Discharged from the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 12, 978–986. **doi:**10.1197/j.aem.2005.05.032
- Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. (M. I. B. Ferreira, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original *PRENDRE SOIN À L'HÔPITAL: Incrêir Le Soin Infirmier Dans Une Perspective soignante*, 1997, Paris: Masson Éditeur).

Hwang, U. & Morrison, R. S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (11), 1873-6.

**doi:**10.1111/j.1532-5415.2007.01400.x

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. INE: Lisboa. Acedido em 9/05/2014 em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Instituto Nacional de Estatística (2014). Destaque - Projeções de População Residente 2012-2060. Destaque. Acedido em 9/05/2014 em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Inouye, S. K., Studenski, Tinetti, M. E. & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 780–791.

**doi:** 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x

Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. Oxford: Blackeell Science

Kralik, D., Visentin, K. & Loon, A. (2006). TRANSITION: A LITERATURE REVIEW. In A.I. Meleis (Ed.) *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE* (pp. 72-83). New York: Springer Publishing Company.

Lueckenotte, A. (2002). *Avaliação em Gerontologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Madeira, R. & Lopes, V. (2007). Necessidades de Formação de Enfermagem ao Nível das Competências Relacionais e de Continuidade de Cuidados. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, M. G. Mestrinho, M. Serra, R. Madeira, R. Canário & V. Lopes (Autores). *PROCESSOS DE FORMAÇÃO NA E PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS* (pp. 47-76). Loures: Lusociência.

Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na Rota Da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.

Martins, L. (2004). Beneficência e Não- Maleficência. In M. P. Neves & S. Pacheco (Coord.), *Para uma Ética de Enfermagem* (pp.229- 235). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- McCormack, B. (2003). A conceptual Framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209. doi:10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x
- McCusker, J. (2008). *Identification of Seniors at Risk (ISAR)*. Presentation at Seniors'Health Summit. Aging @Home Successfully, Salt Ste Marie, Ontário. Acedido em 5/10/2013. Disponível em <http://www.nelhin.on.ca/assets/0/16/176/198/202/279e492b-0461-44b0-b19b-397409eb713d.pdf>
- McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trépanier, S., Verdon, J. & Ardman, O. (1999). Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes After an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1229-1237.
- McCusker, J., Cardin S., Bellavance, F. & Belzile, E. (2000). Return to the Emergency Department among Elders: Patterns And Predictors. *Academic Emergency Medicine*, 7 (3), 249-259. doi:10.1111/j.1553-2712.2000.tb01070.x
- McCusker, J, Verdon, J, Tousignant, P., de Courval, L. P., Dendukuri, N. & Belzile, E. (2001). Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1272–1281. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49254.x
- McCusker, J., Verdon, J., Caplan, G. A., Meldon, S. W. & Jacobs, P. (2002). Older Persons in the Emergency Medical Care System. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (12), 2103-2104. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50635.x
- McCusker, J., Dendukuri, N.; Tousignant, P., Verdon, J., Courval, L. P. & Belzile, E. (2003). Rapid Two-stage Emergency Department Intervention for Seniors: Impact on Continuity of Care. *Academic Emergency Medicine*, 10 (3), 233-243. doi:10.1197/aemj.10.3.233
- McCusker, J.; Jacobs, P.; Dendukuri, N.; Latimer, E.; Tousignant, P. & Verdon, J. (2003). Cost- Effectiveness of a Brief Two-Stage Emergency Department

Intervention for High- Risk Elders: Results of a Quasi-Randomized Controlled Trial. *Annals of Emergency Medicine*, 41 (1), 45-56. **doi:**10.1067/mem.2003.4

McCusker, J. & Verdon, J. (2006). Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review. *The Journal of Gerontology Biological Sciences & Medical Sciences*, 61 A (1), 53-62.

Meleis, A. I. (Ed.) (2010). *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *THEORETICAL NURSING Development and Progress*. (5th ed.) Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias D. K. H. & Shumacher, K. (2000). EXPERIENCING TRANSITIONS: AN EMERGING MIDDLE - RANGE THEORY. In A. I Meleis (Ed.) *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.

Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S., Bauer, J., Barnabei, R. ... Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (6), 392-397. **doi:**10.1016/j.jamda.2013.03.022

Nadal, B. G., Alves, L. P., & Papi, S. G. (2004). Discutindo sobre portfólios nos processos de formação Entrevista com Idália Sá-Chaves. *Olhar de Professor*, 7 (2) 9-17. Acedido em 15/4/2014.

Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68470202>

Neves, M. P. (2004). Ética, Moral, Deontologia e Bioética: conceitos que pensam a ação. In M. P Neves & S. Pacheco (Coord.), *Para uma Ética de Enfermagem* (pp.145- 158). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Olde Rikkert, M. G, Rigaud, A. S, van Hoeyweghen, R. J. & Graaf, J. (2003). Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *Netherlands*

*Journal of Medicine*; 61 (3), 83–87. Acedido a 08/11/ 2013 de PubMed. Disponível em <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=107>

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Caderno Temático. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Parisi, L. (2008). Measuring Performance. Improving Quality. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey & T. Fulmer (Ed.). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (3rd ed.) (pp. 9-21). New York: Springer Publishing Company.

Pearson, M. & Craig, J. V (2002). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. V. Craig & R. L. Smyth (Ed.). *PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA MANUAL PARA ENFERMEIROS* (M. J. Sampaio, Trad.) (pp 3-19). Loures: Lusociência. (Tradução do original THE EVIDENCE-BASED PRATICE MANUAL FOR NURSES, 2002, Elsevier Science Limited).

Radwin, L. E. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, 49, 54-63. doi:10.1046/j.1466-7657.2002.00101.x

Robinson, S. & Mercer, S. (2007). Older adult care in the Emergency department. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (7), 40-47. Acedido em 10/05/2013 de Medline with full text, através EBSCOHOST. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=4b717bf7-bc67-4db5-b4fc-407a458c0d17%40sessionmgr111&vid=3&hid=127>



- Rodrigues, A. (2007). Da Teoria à Prática: Necessidades de Formação dos Formadores. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, M. G. Mestrinho, M. Serra, R. Madeira & R. Canário (Ed.). *PROCESSOS DE FORMAÇÃO NA E PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS* (pp.77-92). Loures: Lusociência.
- Rosted, E., Wagner, L., Hendriksen, C. & Poulsen, I. (2012). Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 141–151.  
**doi:**10.1111/j.1748-3743.2012.00323
- Rubenstein, L. Z. (1996). The Emergency department: A useful Site for CGA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 601-602.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTANEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos*, 15, 1-37. Acedido 15/03/2013. Disponível em  
<http://ebookbrowse.net/revista-percursos-15-pdf-d108340612>
- Sager, M. A. & Rudberg, M. A. (1998). FUNCTIONAL DECLINE ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION FOR ACUTE ILLNESS. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14 (4), 669-679. Acedido em 28/03/2013. Disponível em  
[http://knowledgetranslation.ca/sysrev/articles/project51/696\\_sager.pdf](http://knowledgetranslation.ca/sysrev/articles/project51/696_sager.pdf)
- Saint-Hubert, M., Schoevaerds, D., Cornette, P., D'Hoore, W., Boland, B. & Swine, C. (2010). PREDICTING FUNCTIONAL ADVERSE OUTCOMES IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW OF SCREENING TOOLS. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*© 14 (5), 394-399. Acedido a 12/05/2013 de B- on.  
Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007/s12603-010-0086-x>
- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G. & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*, 2, 292–301.  
**doi:** 10.1007/s11739-007-0081-3
- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Lancioni, L., Spazzafumo, L., Polonara, S., ... Lattanzio, F. (2012). Screening for Frailty in Elderly Emergency Department Patients by

Using the Identification of Seniors At Risk (ISAR). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16 (4), 313-318.

Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56 (3), 261-269. **doi:**10.1016/j.annemergmed.2010.04.015

Sanders, B. A. (2001). Older Persons in the Emergency Medical Care System. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (10), 1390–1392.  
**doi:**10.1046/j.1532-5415.2001.49272.x

Schumacher, K. L.; Meleis, A. I. (1994). TRANSITIONS: A CENTRAL CONCEPT IN NURSING. In A. I Meleis (Ed.) *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE* (pp.38 - 52). New York: Springer Publishing Company

Sequeira, C. (2010). CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL. Lisboa: Lidel.

Shyu, L (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 619-625. **doi:**10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2013). Acidente Vascular Cerebral [Folheto]. Acedido em 22/10/2013.  
Disponível em <http://www.spavc.org/>

Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

St. Mary's Hospital Center (2000). *ISAR: A Screening Tool for Seniors in the Emergency Department at Increased Risk of Adverse Outcomes. Guide to Use and Implementation*. Acedido em 12/05/2013. Disponível em [http://seniorfriendlyhospitals.ca/files/St%20Mary's%20Hospital%20Ctr%20-%20Identification%20of%20Seniors%20at%20Risk%20\(ISAR\)%20Tool.pdf](http://seniorfriendlyhospitals.ca/files/St%20Mary's%20Hospital%20Ctr%20-%20Identification%20of%20Seniors%20at%20Risk%20(ISAR)%20Tool.pdf)

- Strange, G. R & Chen, E. H. (1998). Use of Emergency Departments by Elder Patients: A Five- year Follow-up Study. *Academic Emergency Medicine*, 5 (12), 1157-1162. **doi:** 10.1111/j.1553-2712.1998.tb02688.x
- Sutton, M., Grimmer-Somers, K. & Jeffries, L. (2008). Screening tools to identify hospitalised elderly patients at risk of functional decline: a systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 62, 12, 1900–1909. **doi:**10.1111/j.1742-1241.2008.01930.x
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), 204-211.
- Tavares, J. (2012). Identification of senior at risk in the Emergency room: what reality? *Journal of Aging & Inovation*, 1 (4), 14-25. Acedido em 17/04/2013. Disponível em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume-1-numero-4-2012/identificacao-pessoas-idosas/>
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Almedina.
- Viktil, K. K., Blix, H. S., Moger, T. A. & Reikvam, A. (2006). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63 (2), 187-192. **doi:**10.1111/j.1365-2125.2006.02744.x
- Warburton, R., Parke, B., Church, W. & McCusker, J. (2004). Identification of seniors at risk: Process evaluation of a screening and referral program for patients aged >75 in a community hospital emergency department. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17 (6), 339-348. **doi:**10.1108/09526860410557598
- Watson, J. (2002). *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem* (J. Enes, Trad.). Lisboa: Lusociência. (NURSING Human Science and Human Care. A Theory of Nursing, 1999, Jones and Bartlet Publishers, Inc. & National League for Nursing).

- World Health Organization (1999a). *Men Ageing and Health Achieving health across the life span*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 3/06/2013. Disponível em <http://www.who.int/ageing/publications/men/en/>
- World Health Organization (1999b). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 10/4/2013. Disponível [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_HSC\\_AHE\\_99.2\\_life.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf)
- World Health Organization (2002). *Active Ageing A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 25/05/2013. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)
- World Health Organization (2013). *Definition of an older or elderly person*. Acedido em 20/05/2013. Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Wyles, H. & Rehman, H. (2005). Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 16 (5), 311-3. **doi:org/10.1016/j.ejim.2005.02.006**

## **ANEXOS**



## **ANEXO I - Escala ISAR**





## THE ISAR TOOL: Initial Screening Questionnaire

To be completed by the staff with the patient or caregiver.

ADDRESSOGRAPH

PLEASE ANSWER YES OR NO TO EACH OF THESE QUESTIONS

		Hospital use only
1. Before the illness or injury that brought you to the Emergency, did you need someone to help you on a regular basis?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
2. Since the illness or injury that brought you to the Emergency, have you needed more help than usual to take care of yourself?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
3. Have you been hospitalized for one or more nights during the past 6 months (excluding a stay in the Emergency Department)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
4. In general, do you see well?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	0 1
5. In general, do you have serious problems with your memory?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
6. Do you take more than three different medications every day?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0

TOTAL: \_\_\_\_\_

Score: Positive / Negative (circle one)

If positive:	
<input type="checkbox"/> Referred for SEISAR	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Social Worker	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Liaison nurse	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Discharged	Follow-up: _____

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

2011/02 Version

For clinical & administrative manual: [isar.seisar@ssss.gouv.qc.ca](mailto:isar.seisar@ssss.gouv.qc.ca)

[www.smhc.qc.ca/en/research/our-research/research-made-practical](http://www.smhc.qc.ca/en/research/our-research/research-made-practical)



## **ANEXO II - Escala IPIR**



## Identificação de pessoas idosas em Risco – IPIR

(Identification of Seniors at Risk – ISAR )

Por favor responda SIM ou NÃO a cada uma destas questões

1. Antes da doença ou lesão/dano que o trouxe ao Serviço de Urgência (SU), precisava de alguém para o ajudar no dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Desde a doença ou lesão que o trouxe ao SU, precisou de mais ajuda do que normalmente precisava para cuidar de si?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Esteve hospitalizado uma ou mais noites nos últimos 6 meses (excluindo a vinda ao SU)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Em geral, vê bem?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Em geral, tem problemas sérios/gravos com a memória?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Diariamente toma mais de três medicamentos diferentes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



## **APÊNDICES**





## **APÊNDICE I - Objetivos Projeto**



**Tabela 1-** Objetivos Gerais e Específicos, Atividades, Indicadores de Avaliação e Avaliação das atividades realizadas

<b>1.OBJETIVO GERAL:</b> Desenvolver Competências na Prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa			
OBJETIVO ESPECIFICO	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS
1.1. Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa em contexto hospitalar e da comunidade	- Pesquisa bibliográfica	- Descreve o processo de envelhecimento, a avaliação multidimensional e a prestação de cuidados à pessoa idosa no seu contexto	- Transversal ao projeto
	- Observação dos contextos de estágio	- Caracteriza os locais de estágio	- Reflexão no final do estágio em unidade de saúde da comunidade e hospitalar, e com descrição das unidades do ponto de vista funcional
	- Reuniões com enfermeiras chefe dos locais de estágio	- Síntese das reuniões	- Transversal ao estágio
	- Realização de estágio em SONC e unidade de saúde de comunidade	- Presta cuidados adequados à pessoa idosa, baseados na evidência científica, de acordo com as competências de enfermeira especialista	- Integração na equipa de enfermagem de forma a prestar cuidados adequados à pessoa idosa, de acordo com competências enfermeira especialista - Desenvolvimento de projeto em SONC - Envolve restantes elementos de enfermagem no projeto
		- Reflete nos diferentes contextos	- Elabora reflexão após estágio nos diferentes contextos - Elabora relatório
	- Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, tendo em atenção a Responsabilidade ético-legal e a educação para a Saúde, em SONC e unidade de saúde da comunidade	- Descreve os cuidados adequados à pessoa idosa e família, baseados na evidência científica, de acordo com as competências do enfermeiro especialista	- Prática baseada na evidência - Tomada de decisão fundamentada
		- Reflete acerca da prática de à pessoa idosa e família, de acordo com as competências do enfermeiro especialista	- Reflexão na ação e sobre a ação

	- Elaboração de estudo de caso	- Descreve os cuidados prestados à pessoa idosa, tendo em conta o contexto de vida	- Elabora estudo de caso durante estágio de saúde da comunidade - Elabora estudo de caso durante estágio SONC
<b>2.OBJETIVO GERAL:</b> Implementar Avaliação Sistematizada à Pessoa Idosa admitida no SONC			
OBJETIVO ESPECIFICO	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS
2.1. Capacitar os enfermeiros para a avaliação multidimensional da pessoa idosa no SONC	- Pesquisa bibliográfica	- Descreve a avaliação multidimensional à pessoa idosa, adequada ao contexto de urgência	- Transversal ao projeto
		- Descreve formação de adultos	- Adequação das formações
	- Reuniões com enfermeira chefe do SONC	- Síntese das reuniões	- Realizadas duas reuniões com enfermeira chefe e mais uma conjunta com a docente orientadora
	- Reuniões com enfermeiros responsáveis de equipa	- Divulga o projeto	- Realizado no início do estágio
		- Negoceia o envolvimento no projeto, sugerindo que sejam líderes na implementação, nas respetivas equipas	- Transversal ao projeto
	- Reuniões com enfermeiros dinamizadores da formação em serviço	- Divulga o projeto	- Realizado nas duas primeiras semanas de Novembro em momentos de pausa da equipa de enfermagem e na segunda semana feito agendamento das formações de ação em serviço - Conhecimento e envolvimento dos enfermeiros de SONC no projeto
		- Elabora calendário de marcação de ações de serviço	- Ações de formação agendadas
		- Envolve enfermeiros na avaliação multidimensional da pessoa idosa no	- A decorrer durante implementação projeto - Participação dos enfermeiros na implementação

		SONC	projeto
	- Ações de formação em serviço	- Adequa estratégias para formação de adultos	- Ações de formação realizadas (em grupo e individuais) de acordo com os recursos e necessidades
		- Divulga projeto	- Transversal ao projeto
		- Explicita avaliação multidimensional da pessoa idosa	- Transversal ao projeto
		- Apresentação escala ISAR e grelha de avaliação a aplicar, justifica pertinência da utilização	- Realizadas ações de formação em serviço para apresentação de escala ISAR e grelha de avaliação
		- Envolve enfermeiros na avaliação multidimensional da pessoa idosa em SONC	- Escala ISAR implementada e aplicação de forma experimental da grelha de avaliação
	- Reuniões com enfermeiros do serviço	- Divulga projeto	- Transversal ao projeto
		- Envolve enfermeiros na avaliação multidimensional da pessoa idosa em SU	- Transversal ao projeto
2.2. Identificar pessoas idosas de risco admitidas no SONC	- Pesquisa bibliográfica	- Descreve escala ISAR sua aplicação e implicações	- Transversal ao projeto
	- Reuniões com enfermeira chefe do serviço	- Síntese das reuniões	- Realização de duas reuniões com enfermeira chefe e mais uma em conjunto com docente orientadora.
	- Contato com enfermeiro responsável por validação de escala ISAR	- Acesso a instrumento de medida ISAR	- Contacto estabelecido e escala disponibilizada
		- Descreve o processo de implementação da escala ISAR	- Aplicação escala ISAR
	- Reuniões com enfermeiros responsáveis de equipa	- Apresentação de escala ISAR	- Realização de duas ações de formação coletivas, e as necessárias individuais, de forma a apresentar o projeto a toda a equipa de enfermagem
		-Negoceia envolvimento na aplicação da escala ISAR	- Participação da equipa no projeto

	- Reuniões com enfermeiros do serviço	- Apresentação escala ISAR justifica pertinência de utilização	- Realizado aquando das ações de formação e durante aplicação escala ISAR
		- Escuta opiniões e sugestões	- Realizadas alterações na estrutura de apresentação de escala ISAR e questionário sociodemográfico
			- Conhece dúvidas na aplicação ISAR
			- Elaborado guia de utilização de escala ISAR
	- Implementação da escala ISAR, a iniciar em Novembro	- A equipa aplica instrumento de medida	- Implementação escala ISAR
	- Avaliação da implementação da escala ISAR	- Número de pessoas idosas a quem foi aplicada escala ISAR	- Dados obtidos após um mês de aplicação da escala ISAR
		- Número de pessoas idosas identificadas como de risco, através da fórmula <u>Nº pessoas idosas com risco</u> Nº total pessoas idosas	- Dados obtidos até final de Janeiro
			- Contacta gabinete de estatística e obtém nº de utentes com mais de 65 anos que foram admitidos durante o período em estudo
2.3. Promover avaliação multidimensional através de grelha de avaliação	- Pesquisa bibliográfica	- Descreve a avaliação multidimensional e adequa ao SONC	- Realiza avaliação multidimensional à pessoa idosa
	- Identificação recursos do serviço	- Conhece os recursos do serviço que podem ser mobilizados para a avaliação multidimensional da pessoa idosa	- Mobiliza recursos existentes na avaliação multidimensional da pessoa idosa
	- Elabora grelha de avaliação	- Grelha de avaliação	- Grelha de avaliação multidimensional elaborada e aplicada de forma experimental durante 15 dias
	- Reuniões com enfermeira chefe do serviço	- Síntese das reuniões	- Realizadas duas reuniões com enfermeira chefe e mais uma com docente orientadora
	- Reuniões com enfermeiros responsáveis de equipa	- Apresentação de grelha de avaliação	- Conhecimento da grelha de avaliação
		- Negoceia envolvimento na aplicação de grelha de avaliação	- Transversal ao estágio SONC

	- Implementação de grelha de avaliação da pessoa idosa	- A equipa aplica grelha de avaliação	- Envolvimento da equipa de enfermagem na aplicação da grelha de avaliação
	- Avaliação da implementação de grelha de avaliação	- Conhece o nº de pessoas idosas a quem foi aplicada grelha de avaliação, através da fórmula <u>Nº pessoas idosas avaliadas</u> Nº pessoas idosas de risco	- Número de pessoas idosas a quem foi aplicada grelha de avaliação
<b>3.OBJETIVO GERAL:</b> Promover Continuidade de Cuidados Prestados à Pessoa Idosa com Alta do SONC			
OBJETIVO ESPECIFICO	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	
3.1.Promover articulação entre SONC e unidades de saúde da comunidade	- Pesquisa bibliográfica	- Conhece e descreve pertinência da articulação de serviços na continuidade de cuidados	- Transversal ao projeto
	- Identificação recursos dos serviços	- Descreve os recursos dos serviços que podem ser mobilizados para a articulação de cuidados	- Elaboração de nota de alta de enfermagem aquando da alta da pessoa idosa para o domicílio
	- Reuniões com enfermeira chefe do SONC	- Síntese das reuniões	-Realizadas duas reuniões mais uma em conjunto com docente orientadora projeto
	- Realização de estágio em unidade de saúde da comunidade	- Conhece contexto da comunidade	- Realizado estágio que permitiu contactar com uma realidade até então desconhecida
	- Reuniões com enfermeiros chefes de unidades de saúde da comunidade	- Identifica os enfermeiros de referência das unidades de saúde da comunidade da área geográfica do hospital	- Realizada entrevista com enfermeiro responsável pelo agrupamento de saúde de referência da unidade hospitalar onde se desenvolve o projeto, e de acordo com este não é possível designar um enfermeiro de referência por escassez de recursos humanos. - Objetivo a tentar desenvolver posteriormente ao projeto
	- Reuniões com	- Divulga o projeto	- Transversal ao projeto

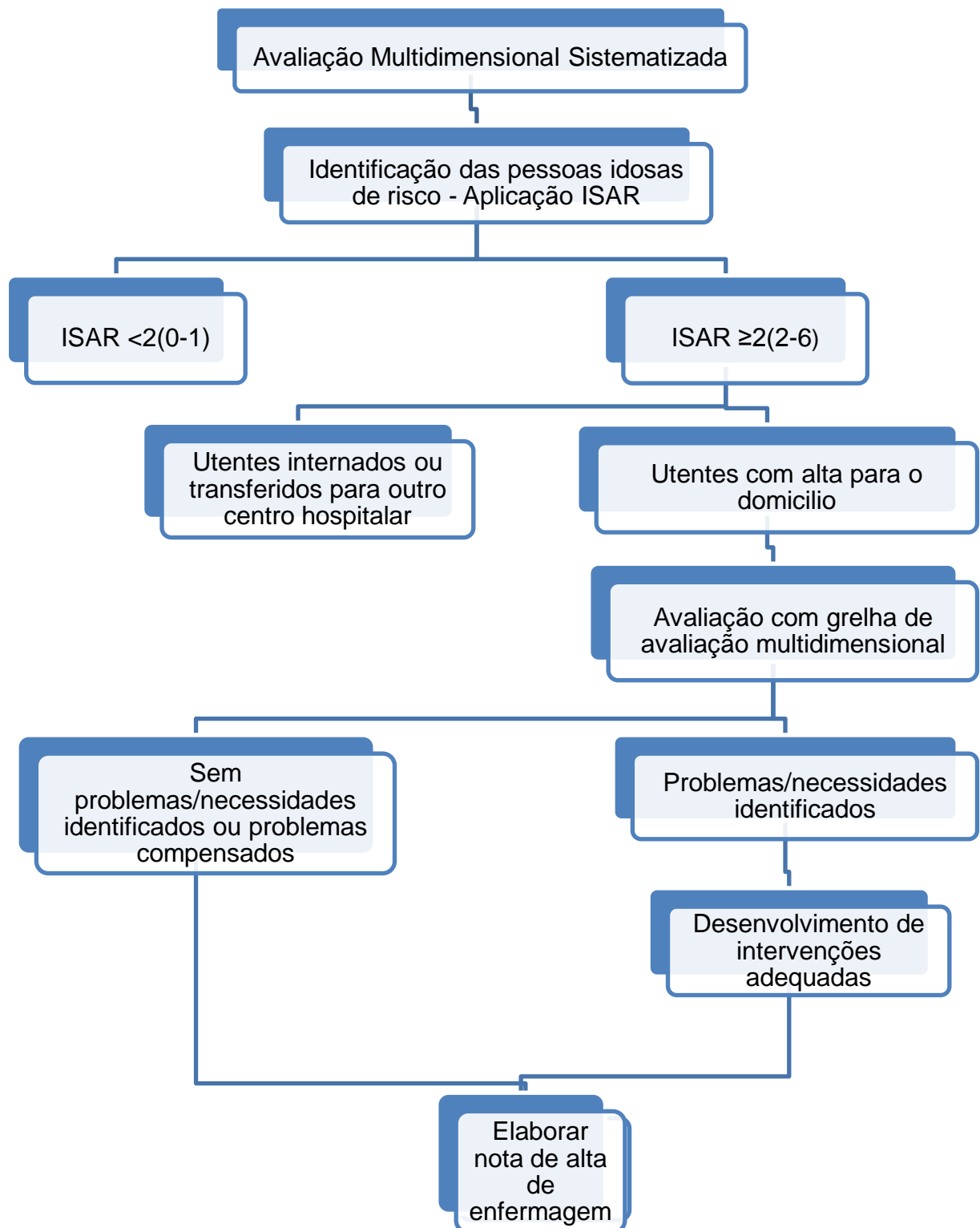
	enfermeiros responsáveis de equipa	- Negoceia o envolvimento no projeto, sugerindo que sejam líderes na implementação do projeto nas respetivas equipas	- Participação dos enfermeiros responsáveis de equipa
	-Reuniões com enfermeiros dinamizadores da formação em serviço	- Divulga o projeto	- Transversal ao projeto
		- Elabora calendário de marcação de ações de formação em serviço	- Ações de formação em serviço realizadas
	- Ações de formação em serviço	- Adequa estratégias para formação de adultos	- Realização de ações de formação de serviço de acordo com as necessidades mas adequadas às condicionantes pessoais e profissionais
		- Explicita e discute a pertinência da articulação de serviços na continuidade de cuidados	- Elaboração de nota de alta de enfermagem aquando da alta para o domicílio da pessoa idosa
	- Reuniões com enfermeiros do SONC e do ACES de referência do hospital	- Divulga o projeto	- Conhecimento do projeto
		- Envolve enfermeiros do SU e da comunidade na articulação de serviços	- Não foi possível envolver os enfermeiros da comunidade, por recusa do estágio em unidade de saúde da comunidade do agrupamento de referência e por receio, do enfermeiro responsável, do aumento do fluxo de utentes referenciados pela unidade hospitalar
			- Objetivo a desenvolver posteriormente
	- Criação de lista de endereços de e-mail dos Centros de Saúde da Comunidade	- Existência de mail do serviço no aplicativo informático	- Não houve recetividade da parte do agrupamento de saúde da comunidade, por receio do aumento do fluxo de utentes referenciados
			- Objetivo a desenvolver posteriormente



## **APÊNDICE II - Fluxograma Projeto**



## Fluxograma projeto Avaliação Multidimensional à Pessoa Idosa no SU





**APÊNDICE III - Pedido de autorização para Conselho de Administração e  
Comissão de Ética**



Lisboa, 11 de Outubro de 2013

Exmos. Membros do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

---

**Assunto:** Pedido de autorização para implementação de Projeto de Estágio inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

---

Maria de Fátima Lourinho Félix Coutinho, enfermeira graduada a exercer funções no SO NC do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, com o número mecanográfico 12143, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio pedir autorização para a implementação de Projeto de Estágio intitulado **AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**, no supracitado serviço.

O presente Projeto assume como Finalidade: Promover a boa prática de cuidados no atendimento aos doentes idosos admitidos no SO NC, através da identificação dos doentes de risco e referenciação dos doentes que têm alta para o domicílio no sentido da articulação entre o hospital e as unidades funcionais de saúde da comunidade. Como Objetivos Gerais pretende:

- a) Implementar avaliação multidimensional sistematizada à Pessoa Idosa admitida no SONC;
- b) Promover a continuidade de cuidados prestados ao idoso com alta do SONC.

Com a realização e implementação deste projeto pretende-se ainda: Desenvolver competências como Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa. A implementação do referido projeto terá lugar a partir do dia 2 de Novembro de 2013 e terminará no dia 14 de Fevereiro de 2014 conforme programa curricular. É garantido o sigilo de toda e qualquer informação obtida durante a sua implementação, assim como o rigor científico na recolha, análise e divulgação dos dados.

Para conhecimento mais pormenorizado do que se pretende desenvolver, junto em anexo Projeto de Estágio.

Desde já, agradeço a atenção dispensada encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento adicional considerado necessário.

Atenciosamente

Fátima Coutinho



#### **APÊNDICE IV - Objetivos definidos para estágio na comunidade**



**CAMPO DE ESTÁGIO:** Unidade de Saúde da Comunidade

<b>OBJETIVOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
1. Identificar dinâmica de unidade de saúde da comunidade	- Observação do contexto de estágio	- Caracteriza unidade de saúde da comunidade
	- Integração na equipa multidisciplinar da unidade	- Participa nas atividades da equipa
2. Identificar estratégias de atuação perante a pessoa idosa em contexto da comunidade	- Observação e participação na Consulta de Enfermagem Adulto/Idoso	- Reflete e participa
	- Observação e participação na visita domiciliária	- Reflete e participa
	- Visita Lar Residência	- Reflexão
	- Desenvolve estratégia de formação para utente idoso - elabora cartaz e faz proposta para a sua exposição	- Cartaz informativo e proposta de aceitação de cartaz
	- Elabora estudo de caso	- Realização de avaliação multidimensional
3. Conhecer modelo de avaliação multidimensional realizada na unidade de saúde	- Observação de AFGACI	- Descreve modelo de avaliação
	- Participação na AFGACI	- Realiza avaliação
	- Observação de integração de utente idoso em SADI (visita domiciliária e reunião de equipa multidisciplinar)	- Descreve processo de integração
4. Identificar papel do enfermeiro especialista na equipa de avaliação multidimensional	- Integração na equipa multidisciplinar	- Reflexão
5. Identificar estratégias de articulação entre SONC e unidade de saúde comunitária, no sentido da continuidade dos cuidados	- Discutir a continuidade dos cuidados na perspetiva do enfermeiro na comunidade	- Escuta opiniões e sugestões relativamente ao tipo de informação considerada relevante e pertinência de articulação de cuidados
6. Refletir sobre as competências desenvolvidas no decorrer do estágio na unidade de saúde	- Realização de avaliação qualitativa	- Reflexão escrita

AFGAC - Avaliação Funcional Global Avaliação Clínica Integrada; SADI-Serviço de Apoio Domiciliário Integrado; SONC – Serviço Observação Neurociências



## **APÊNDICE V - Cartaz e Proposta de aceitação de cartaz**



## FATORES DE RISCO

- HTA
- DIABETES MELLITUS
- DISLIPIDÉMIA
- OBESIDADE
- ALCOOLISMO
- TABAGISMO
- IDADE AVANÇADA

## DIMINUIR O RISCO

- ALIMENTAÇÃO POBRE EM SAL, GORDURAS E AÇÚCARES
- COMER FRUTA, VEGETAIS E OUTROS ALIMENTOS RICOS EM FIBRA
- ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA OU DIMINUIR A INGESTÃO DE ÁLCOOL PARA 2 COPOS DIA
- AVALIAR E CONTROLAR TA
- AVALIAR E CONTROLAR GLICÉMIA

# AVC

Acidente vascular cerebral corresponde a uma alteração do funcionamento de uma zona do cérebro, devido a compromisso da circulação cerebral provocada por trombo, êmbolo ou rutura num vaso sanguíneo.

**1º causa de incapacidade e morte em Portugal**

## SINAIS DE ALERTA

- Desvio da face
- Diminuição ou falta de força num braço
- Discurso alterado

**Na presença de um ou mais destes sinais chamar de imediato o 112**

É importante saber quando tiveram início os sinais de alerta

Elaborado por: Maria de Fátima Coutinho. Aluna do 4º ano de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Médico-cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, ESEL. Fontes:

-Development group of the stroke prevention Guideline. Iberoamerican Cochrane Centre, coordinator. 2009. Clinical Practice Guideline for Primary and Secondary Prevention of Stroke. Madrid: Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Consumer Affairs; Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research

-Sociedade Portuguesa do AVC. Disponível em <http://www.spavc.org/>

-Scott, D. P. et al. 2010. Challenges in secondary stroke prevention: prevalence of multiple metabolic risk factors, including abnormal glycaemia, in ischaemic stroke and transient ischaemic attack. *Internal Medicine Journal*. 40. 275-280. doi:10.1111/j.1445-5994.2009.01941.x.





## PROPOSTA DE CARTAZ

**A QUEM SE DESTINA:** Utentes da unidade de saúde

**Responsável pela elaboração:** Maria de Fátima Coutinho, Aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área Médico- cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa.

### FUNDAMENTAÇÃO

Segundo dados da Sociedade Portuguesa do AVC, em Portugal o AVC (Acidente Vascular Cerebral) é considerado a 1º causa de morte e incapacidade (Soc. Port. AVC, 2013). Este pode ser isquémico ou hemorrágico sendo o primeiro mais frequente. Os fatores de risco do AVC são na sua maioria modificáveis e portanto passíveis de intervenção, nomeadamente de enfermagem. Falamos de Diabetes Mellitus II (DM), Hipertensão arterial (HTA), dislipidémia, obesidade, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos. Outros fatores há a considerar mas que não são modificáveis, são eles: Sexo, Hereditariedade, Raça, Idade avançada (WHO, 2005).

Um estudo prospetivo de Diabetes no Reino Unido em 2002 demonstrou que doentes com melhor controlo da tensão arterial (TA) apresentavam um risco diminuído de AVC (menos 44%). Recomendado pelas *guidelines* internacionais que doentes hipertensos com DM II mantenham valores de TA abaixo de 130/80mm/Hg, sendo as intervenções preconizadas: atividade física, 20m/dia 3x semana; diminuir ingestão alcoólica (1-2 copos dia), cessação tabágica, modificar hábitos alimentares com diminuição da ingestão de sal e gorduras. A DM II aumenta também o risco de recorrência de AVC (Furie, 2008).

A hiperglicémia aparece como fator de risco de doença cardiovascular e ainda como preditivo de pior diagnóstico associado a significativa morbilidade e mortalidade. A evidência demonstra ainda a necessidade, além do controlo da glicémia, de uma avaliação global dos fatores de risco na prevenção do AVC no doente diabético (Guyomard, Myint, 2009).

Em Portugal, ao contrário de outros países, apesar da emergência em transportar um

doente com suspeita de AVC para o hospital (preconizadas 3 h desde o início dos sintomas até ao tratamento com trombolítico (se adequado), não existe uma escala validada de identificação de AVC para aplicação no pré hospitalar. É considerada a mnemónica dos 3 F's (Face, Fala e Força) que é a analogia entre a escala americana FAST (Anexo I) e a sintomatologia mais característica apresentada pelo indivíduo. Pode ser considerada como fonte de referência para a população em geral, mas não considerada para aplicação por profissionais de saúde.

A escala existente, NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*), já validada para a população portuguesa, é de aplicação intra-hospitalar em contexto de tratamento agudo. Escala de avaliação que, além de considerar a gravidade do AVC, tem sido também utilizada como um indicador prognóstico. Constituída por 11 itens, avaliados no exame neurológico e geralmente afetados numa situação de AVC, que correspondem aos seguintes domínios: nível de consciência, desvio ocular, paresia facial, linguagem, fala, negligência/extinção, função motora e sensitiva dos membros e ataxia. Desenvolvida para ser aplicada rapidamente (5-8m), tem uma pontuação que pode variar entre 0 (sem evidência de deficit neurológico) e 42 (doente em coma e não reativo) (ver anexo II). É ainda um instrumento muito útil na avaliação do risco de hemorragia intracraniana nos doentes com AVC submetidos a trombólise.

Desde há alguns anos foram criadas unidades de AVCs e instituída a via verde AVC, de que é exemplo o H. S. José. A via verde AVC visa diminuir o tempo de atendimento (triagem, avaliação e orientação), acionando os recursos humanos e técnicos necessários à entrada do doente na urgência hospitalar.

O ensino à população é uma intervenção de enfermagem primordial, na diminuição da mortalidade e morbilidade causadas por esta entidade nosológica. “Tempo é Cérebro” é um conceito que implica o reconhecimento da sintomatologia pela população em geral, traduzindo-se na diminuição do intervalo de tempo que medeia o início dos sintomas e a chegada ao hospital, recomendando-se programas educacionais para aumentar a consciencialização dos indivíduos (ESO, 2008).

Uma das explicações adiantadas para a falha na prevenção do risco de AVC é a falha na educação para a saúde e o consequente desconhecimento dos fatores de risco associados (Scott et al, 2010).

É nesta perspetiva que a elaboração deste cartaz se insere. Pela observação, e recolha de dados durante o estágio nesta unidade, os utentes que aqui ocorrem pertencem, na sua maioria, a uma faixa populacional idosa (idade superior a 65 anos), associando outros fatores

de risco, nomeadamente HTA, DM II, obesidade, sedentarismo. Consideramos esta, uma forma dirigida e simples de transmitir a informação que parece adaptada à população em causa, de acordo com o preconizado pela evidência científica atual. Aguardamos, ainda que esta fundamentação seja o ponto de partida para uma pesquisa mais exaustiva e profícua para os profissionais que assim o entenderem.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

European Stroke Organization (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório* (A. C. Fonseca, I. Henriques e J. M. Ferro, Trad.). Disponível em <http://www.spavc.org/>. Acedido em 22/10/2013.

Furie, K. & Inzucchi, S. E. (2008). Diabetes Mellitus, Insulin Resistance, Hyperglycemia, and Stroke. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 8, 12–19.

Guyomard, V. & Myint, P. K. (2009). Optimum Control of Blood Glucose for Prevention and Treatment of Ischemic and Hemorrhagic Stroke. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 11, 201–211.

Scott, D. P., Greenfield, J. R., Bramah, V., Alford, J., Bennett, C., Markus, R. & Campbell, L. V. (2010). Challenges in secondary stroke prevention: prevalence of multiple metabolic risk factors, including abnormal glycaemia, in ischaemic stroke and transient ischaemic attack. *Internal Medicine Journal*, 40, 275–280.

doi:10.1111/j.1445-5994.2009.01941.x

Sociedade Portuguesa AVC (2013). Acidente Vascular Cerebral [Folheto]. Disponível em <http://www.spavc.org/>

World Health Organization (2005). *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance*. Geneva, World Health Organization.

Disponível em <http://www.who.int/chp/steps/Manual.pdf>

## **ANEXOS**

## ANEXO I

**Tabela1-** Adaptação da Face Arm Speech Test (FAST), (Trad. Autora), American Heart Association. *THINK YOU ARE HAVING A STROKE? CALL 9-1-1 IMMEDIATELY!*. Acedido em 20/10/2013. Disponível em [http://strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/Stroke-Warning-Signs-and-Symptoms\\_UCM\\_308528\\_SubHomePage.jsp](http://strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/Stroke-Warning-Signs-and-Symptoms_UCM_308528_SubHomePage.jsp).

Sintomas	Como testar	Normal	Anormal
<b>FACE (Face)</b>	Pedir que mostre os dentes ou sorria	Ambos os lados da face se movem	Apenas um dos lados da face se move
<b>BRAÇO (Arm)</b>	Pedir que com os olhos fechados estenda os braços	Os braços mantêm-se estendidos	Um dos braços não mexe ou cai quando estendido
<b>FALA (Speech)</b>	Pedir que repita a frase “ O rato roeu a rolha do rei da Russia”	Repete a frase normalmente	Tem dificuldade em articular as palavras, não fala ou diz palavras que não se entendem
<b>TEMPO (Time)</b>	É importante saber quando tiveram início os sintomas.		Na presença de algum sintoma chamar de imediato 112

## ANEXO II

**Tabela 2-** *NIH Stroke Scale versão portuguesa. (1999-2010).* Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em [http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2\\_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf](http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf)

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas	<p><b>0</b> = Acordado; responde corretamente.</p> <p><b>1</b> = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.</p> <p><b>2</b> = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</p> <p><b>3</b> = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>	
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não	<p><b>0</b> = Responde a ambas as questões corretamente.</p> <p><b>1</b> = Responde a uma questão</p>	

<p>compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>corretamente.</p> <p><b>2</b> = Não responde a nenhuma questão corretamente.</p>	<hr/>
<p>1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registrado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.</p>	<p><b>0</b> = Realiza ambas as tarefas corretamente.</p> <p><b>1</b> = Realiza uma tarefa corretamente.</p> <p><b>2</b> = Não realiza nenhuma tarefa corretamente</p>	<hr/>

<p>2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.</p>	<p><b>0</b> = Normal.</p> <p><b>1</b> = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.</p> <p><b>2</b> = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>	
<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas</p>	<p><b>0</b> = Sem défices campimétricos.</p> <p><b>1</b> = Hemianopsia parcial.</p>	

<p>basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados.</p> <p>Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p><b>2</b> = Hemianopsia completa.</p> <p><b>3</b> = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	
<p>4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p><b>0</b> = Movimentos normais simétricos.</p> <p><b>1</b> = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).</p> <p><b>2</b> = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total).</p> <p><b>3</b> = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>	



<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p><b>0</b> = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.</p> <p><b>1</b> = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</p> <p><b>2</b> = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.</p> <p><b>3</b> = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p><b>4</b> = Nenhum movimento.</p> <p><b>NT</b> = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>_____</p> <p><b>5a. Membro Superior esquerdo</b> <b>5b. Membro Superior direito</b></p>	
<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na</p>	<p><b>0</b> = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.</p>	

<p>posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p><b>1</b> = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</p> <p><b>2</b> = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.</p> <p><b>3</b> = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento</p> <p><b>4</b> = Nenhum movimento.</p> <p><b>NT</b> = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>—</p> <p><b>6a. Membro Inferior Esquerdo</b></p> <p><b>6b. Membro Inferior Direito</b></p>	
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-</p>	<p><b>0</b> = Ausente.</p> <p><b>1</b> = Presente em 1 membro.</p>	

<p>nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p><b>2</b> = Presente em 2 membros.</p> <p><b>NT</b> = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>—</p>	
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo – membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente</p>	<p><b>0</b> = Normal; sem perda de sensibilidade.</p> <p><b>1</b> = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</p> <p><b>2</b> = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	

<p>demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>		
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado</p>	<p><b>0</b> = Sem afasia; normal.</p> <p><b>1</b> = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p><b>2</b> = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do</p>	

<p>arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>		
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p><b>0</b> = Normal.</p> <p><b>1</b> = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p><b>2</b> = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p><b>NT</b> = Entubado ou outra barreira física; explique_____</p>	
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave,</p>	<p><b>0</b> = Nenhuma anormalidade.</p> <p><b>1</b> = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à</p>	

<p>que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea,</p> <p>e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p><b>2</b> = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	
<p style="text-align: right;"><b>Lisboa, 25/10/2013</b></p>		

## **APÊNDICE VI - Instrumento de colheita de dados**





## AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

Unidade de Saúde da Comunidade

### 1. Identificação

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Anos

### 2. Dados Sociodemográficos

Género              Feminino ☐                              Masculino ☐

Habilitações literárias \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Situação laboral \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Filhos                      Sim ☐                              Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Com quem vive \_\_\_\_\_

Cuidador familiar      Sim ☐                              Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Familiars próximos      Sim ☐                              Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Se necessitar de ajuda : \_\_\_\_\_

recorre? \_\_\_\_\_

Características \_\_\_\_\_

domicílio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonte referenciação \_\_\_\_\_

Apoio que recebe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apoio que considera \_\_\_\_\_

necessitar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.Dados Antropométricos

Peso \_\_\_\_\_ Kg                      Altura \_\_\_\_\_m                      IMC \_\_\_\_\_

Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ cm

### 4.História de saúde

Antecedentes familiares

Mãe \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

Antecedentes \_\_\_\_\_

Pessoais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicação

habitual

Alergias

Hábitos e estilos de vida

Tabágicos ☐

Alcoólicos ☐

Outros ☐

Obs.

Nutricionais

Autovigilância de  
saúde

TA ☐

Glicémia ☐

Outro ☐

(especifique)

Alterações de visão

Sim ☐

Não ☐

Alterações de audição

Sim ☐

Não ☐

Obs.

Mobiliza-se com ajuda

Sim ☐

Não ☐

Obs.

## 5.Sinais Vitais

TA \_\_\_\_\_

Pulso \_\_\_\_\_

Glicémia capilar \_\_\_\_\_

Dor – (Escala Numérica da Dor)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Caraterização \_\_\_\_\_

Duração \_\_\_\_\_

Comportamentos \_\_\_\_\_  
exacerbação

Estratégias de alívio \_\_\_\_\_

**6. Avaliação Breve do Estado Mental (*Mini Mental State Examination*)** (Folstein et al, 1975, adaptado por Guerreiro e col, 1994)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta) - (0 a 10 pontos)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

2. Retenção

Vou dizer-lhe três palavras. Quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.”

### PERA/ GATO/ BOLA

“Repita as três palavras.” (1 ponto por cada palavra corretamente repetida) (0 a 3 pontos)

PERA \_\_\_\_\_

GATO \_\_\_\_\_

BOLA \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta).- (0 a 5 pontos)

(Se a pessoa der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(30)\_\_\_\_ (27)\_\_\_\_ (24)\_\_\_\_ (21)\_\_\_\_ (18)\_\_\_\_ (15)

Nota \_\_\_\_\_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) - (0 a 3 pontos)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar.”

PERA \_\_\_\_\_

GATO \_\_\_\_\_

BOLA \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

5. Linguagem (Dar 1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 8 pontos)

a) “Como se chama isto?”

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

b) Repetir a frase: O RATO ROEU A ROLHA \_\_\_\_\_

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa (ou sobre a cama, se for caso). (Dar a folha com as duas mãos)

(0 a 3 pontos)

Pega com a mão direita na folha \_\_\_\_\_

Dobra a folha ao meio \_\_\_\_\_

Coloca a folha onde deve \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.” Mostrar um cartão com a seguinte frase: “Feche os olhos”. Sendo analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase

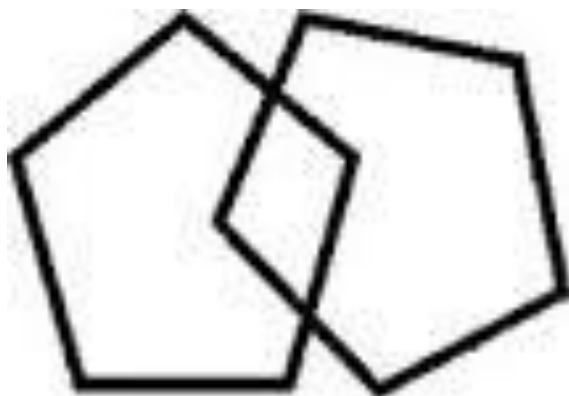
Nota \_\_\_\_\_

e) “Escreva uma frase inteira aqui.” Deve ter sujeito e verbo e ter sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado).

Nota \_\_\_\_\_

6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) - (0 a 1 ponto).

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Valores de corte para a população portuguesa:

Analfabetos: defeito < 15;

1 a 11 anos de escolaridade: defeito < 22;

Escolaridade superior a 11 anos de escolaridade: defeito < 27

## 7. Avaliação da Autonomia para a realização das AVD

<b>ÍNDICE DE KATZ</b> - Escala de avaliação de actividades da vida diária (Adaptado de Katz, <i>et al.</i> , 1963 por Brito, 2000)	
<b>1 Banho</b> (com esponja em duche ou banheira)	
<b>Independente:</b> necessita de ajuda para lavar-se em uma só parte do corpo (como as costas ou uma extremidade incapacitada) ou toma banho completamente sem ajuda	2
<b>Dependente:</b> necessita de ajuda para lavar-se em mais de uma parte do corpo; necessita de ajuda para sair ou entrar na banheira ou não se lava sozinho	1
<b>2 Vestir-se</b>	
<b>Independente:</b> vai buscar a roupa de armários e gavetas, veste a roupa, coloca adornos; utiliza auxiliares mecânicos; exclui-se o apertar dos sapatos	2
<b>Dependente:</b> não se veste só ou veste-se parcialmente	1
<b>3 Utilização do W.C.</b>	
<b>Independente:</b> vai ao W.C, entrando e saindo sozinho do mesmo; limpa os órgãos excretores (pode usar ou não suportes mecânicos); compõe a sua roupa	2
<b>Dependente:</b> usa bacio ou urinol ou precisa de ajuda para utilizar o W.C	1
<b>4 Mobilidade</b>	
<b>Independente:</b> entra e sai da cama, senta-se ou levanta-se da cadeira, de forma independente (pode usar ou não suportes mecânicos)	2

<b>Dependente:</b> precisa de ajuda para utilizara a cama e/ou a cadeira; não utiliza uma ou mais destas deslocações	1
<b>5 Continência</b>	
<b>Independente:</b> Controle completo da micção e defecação	2
<b>Dependente:</b> incontinência urinária ou fecal, parcial ou total; controle total ou parcial mediante enemas, ou o uso regular de bacios ou urinóis.	1
<b>6 Alimentação</b>	
<b>Independente:</b> Leva a comida do prato ou equivalente até á boca (exclui-se da avaliação o cortar da carne e a preparação dos alimentos, como barrar com manteiga um pão)	2
<b>Dependente:</b> Necessita de ajuda para o acto de se alimentar, tendo em conta o anteriormente referido; não come em absoluto ou recebe alimentação parenteral.	1
<b>Total</b>	

## 8. Autonomia para a realização das AIVD

<b>Índice de Lawton-Brody</b> (Adaptado de Lawton and Brody, 1969 por Sequeira, 2007)		
Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara os pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2



	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
Total		
8 pontos- Independente; 9 a 20- Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; > 20- Severamente dependente, necessita de muita ajuda		

## 9. Avaliação do estado nutricional

Utilizar *Mini Nutritional Assessment*

## 10. Avaliação do equilíbrio e marcha – Índice de Tinetti (POMA I)

(*PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE*)

EQUILÍBRIO ESTÁTICO		Pontuação
1. EQUILÍBRIO SENTADO	0 – inclina – se ou desliza na cadeira 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2 – estável, seguro	
2. LEVANTAR –SE	0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa 2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os	

	braços	
<b>3. EQUILIBRIO IMEDIATO</b> (primeiros 5 segundos)	0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas	
<b>4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b>	0 – instável 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio 2 – pés próximos e sem ajudas	
<b>5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO</b> (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – começa a cair 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2 – estável	
<b>6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>	0 – instável 1 – estável	
<b>7. VOLTA DE 360° (2 vezes)</b>	0 – instável (agarra – se, vacila) 1 – estável, mas dá passos descontínuos 2 – estável e passos contínuos	
<b>8. APOIO UNIPODAL</b> (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0 - não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto 1 – aguenta 5 segundos de forma estável	
<b>9. SENTAR-SE</b>	0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso 2 – seguro, movimento harmonioso	
		<b>Total: _____</b>
<b>EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA</b>	<b>Instruções:</b> O sujeito faz um percurso de 3m, n passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.	
<b>10. INÍCIO DA MARCHA</b> (imediatamente após o sinal de	0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 – sem hesitação	

partida)		
<b>11. LARGURA DO PASSO</b> (pé direito)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	
<b>12. ALTURA DO PASSO</b> (pé direito)	0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	
<b>13. LARGURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé direito em apoio	
<b>14. ALTURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)	0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	
<b>15. SIMETRIA DO PASSO</b>	0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico	
<b>16. CONTINUIDADE DO PASSO</b>	0 – pára ou dá passos descontínuos 1 – passos contínuos	
<b>17. PERCURSO DE 3m</b> (previamente marcado)	0 – desvia-se da linha marcada 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 – sem desvios e sem ajudas	
<b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b>	0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelho ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os nem auxiliares de marcha	
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0 – calcanhares muito afastados 1 – calcanhares próximos, quase se tocam	
		<b>Pontuação</b> <b>12</b>
Total		<b>Pontuação</b> <b>____/ 28</b>

## 11. Avaliar estado afetivo

Escala de Depressão Geriátrica (Short form GDS-15, Sheikh e Yesavage, 1986, adaptada para port por Apóstolo, 2011)		
	Sim	Não
1-De uma forma geral, está satisfeito com a sua vida?	0	1
2-Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3-Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4-Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5-Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6-Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7-Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8-Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?	1	0
9-Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10-Sente que tem mais problemas de memória que os outros da sua idade?	1	0
11-Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12-Sente-se inútil?	1	0
13-Sente-se cheio de energia?	0	1
14-Sente-se sem esperança?	1	0
15-Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr/Sra?	1	0
<b>Total</b>		

## 12. O que o preocupa mais na sua situação atual? Quais as suas expetativas relativamente à sua situação de saúde?

---

---

---

---

---

**Muito obrigada pela colaboração**

## **APÊNDICE VII - Consentimento**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Maria de Fátima Coutinho, sou enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, e nesse âmbito estou a desenvolver um projeto que visa a avaliação multidimensional da pessoa idosa, que espero seja uma mais-valia no atendimento de saúde ao utente idoso.

Para atingir os objetivos a que me propus encontro-me atualmente a realizar um estágio na unidade de saúde, onde é utente. Durante o referido estágio, estou a proceder a uma recolha de dados, para a qual solicito a sua colaboração, respondendo a este questionário, no decorrer de uma entrevista que terá a duração, sensivelmente, de uma hora.

A sua opinião é muito importante.

Garantimos que todos os dados obtidos são confidenciais e apenas para utilizar nesta investigação. Será informado do resultado obtido no final da entrevista. A qualquer momento pode desistir de participar, sem que por tal sofra qualquer consequência.

Muito obrigada pela sua colaboração

---

Declaro que fui informado de todos os pormenores referentes á entrevista solicitada pela enfermeira Maria de Fátima Coutinho.

Assim, é de livre vontade que dou o consentimento para a realização da referida entrevista e aplicação do instrumento de colheita de dados.

Assinatura: \_\_\_\_\_





## **APÊNDICE VIII - Caracterização da unidade de saúde da comunidade**



## **Caracterização de Unidade de Saúde onde foi realizado estágio da comunidade**

Estágio que decorreu em unidade de saúde da comunidade de 30 Setembro a 1 Novembro de 2013, com a carga horária de 125 horas.

### **Motivo da escolha do campo de estágio:**

- Desconhecimento do contexto de comunidade onde a pessoa idosa normalmente se encontra inserida;
- Referenciado como realizando avaliação multidimensional à pessoa idosa.

### **Caracterização da Unidade**

Unidade de saúde da comunidade, que abrange a área geográfica do Beato, Marvila e Olivais, e tem cerca de 45000 utentes ativos. Atende uma população, na sua maioria, com carências socioeconómicas diversas e por vezes graves, muitos dos quais são pessoas idosas que recorrem á unidade para apoio clínico (médico e de enfermagem) mas também social.

Unidade de consideráveis dimensões, e que possui diversas valências clínicas nomeadamente: Pediatria, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Medicina Interna, Clínica Geral, Ginecologia, Endocrinologia.

Na área de enfermagem há a considerar, além do contributo às valências referidas anteriormente, as Consultas de Pediatria, do Adulto e Idoso e ainda a visita domiciliária (VD).

Nas consultas e na VD é feita a vigilância dos utentes, realizadas ações educativas e são realizados tratamentos. Na VD há a referir especificamente a Visita de Luto, na sua maioria pessoas idosas que sofreram a perda do cônjuge, e a Visita de vigilância medicamentosa e terapêutica, onde se avaliam novas necessidades e se realiza o reforço dos ensinamentos para a saúde, através da avaliação do utente no seu contexto domiciliar/familiar/social.

A avaliação multidimensional sistematizada do utente é realizada aquando da sua integração em SADI (Serviço de Apoio Domiciliário Integrado) e na Avaliação Funcional Global e Avaliação Clínica Integrada (AFGACI).

Na primeira, que acontece quando o utente é referenciado em simultâneo para apoio social, de enfermagem e médico, é feita a avaliação da capacidade física e funcional utilizando-se os seguintes instrumentos de avaliação: Índice de *Katz*, Índice de *Lawton –Brody* , *Mini Mental*

*Examination* (MME), e o Índice da Qualidade de vida. Deve ser ainda aplicado o *Mini Mental Assessment* (MME).

O resultado da aplicação destes instrumentos deve contribuir para o desenvolvimento das ações a desenvolver. A equipa multidisciplinar constituída por enfermeiro, médico e assistente social realizam reuniões periódicas para discussão das estratégias a implementar.

Para a AFGACI, projeto inovador, aquando da sua criação em 2008, da instituição a que pertence esta unidade. Os utentes podem ser referenciados por qualquer unidade de saúde pertencente à instituição, não existindo critérios definidos.

Na Avaliação Funcional Global é feita avaliação Antropométrica; Sinais Vitais; Hábitos e vigilância de Saúde; Teste de acuidade auditiva; MAB- Método de avaliação biopsicossocial; Avaliação da dor com escala de dor; Avaliação do risco de úlcera de pressão através da escala de Braden, *Mini Nutricional Assessment* (MNA); Avaliação do risco de Queda com escala de Morse; Deambulação e ajudas técnicas.

Pertencente à avaliação funcional global mas não sendo aplicados, a referir o *Test up and Go*; Teste de acuidade visual; Escala de depressão geriátrica; Escala de Qualidade de vida e saúde (WHOQOL-BREF); MME.

Estas avaliações são realizadas por enfermeiro, exceto o MAB que é avaliado por enfermeiro em conjunto com assistente social.

A Avaliação Clínica Integrada pressupõe a realização de diversos exames complementares de diagnóstico, principalmente análises clínicas e eletroencefalograma, após consulta de Medicina Interna, com posteriormente encaminhamento para outras especialidades: Cardiologia; Urologia; Psiquiatria; Nutrição, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, entre outras.

Destas duas avaliações resultava um relatório conjunto que era entregue ao utente, ao cuidador ou enviado á entidade que referenciava o utente. Atualmente este relatório final integrado não é realizado.

O enfermeiro especialista nesta unidade tem um papel importante como dinamizador, através da criação e implementação de estratégias direcionadas para as necessidades detetadas na população que recorre à unidade, nomeadamente a realização da consulta Adulto/Idoso e a Visita de vigilância medicamentosa e terapêutica. Encontra-se ainda em fase de aprovação a criação de uma consulta de cessação tabágica.

O mesmo não acontece relativamente à avaliação multidimensional da pessoa idosa. Apenas na AFGACI a avaliação é realizada por enfermeiros especialistas, no entanto, após avaliação não são implementadas estratégias dirigidas às necessidades detetadas.

## **Avaliação qualitativa do estágio**

Este estágio foi uma mais-valia no nosso percurso profissional, académico e até pessoal pois deparámo-nos com uma realidade muito diversa da realidade hospitalar, na qual estamos inseridos.

A permanência nesta unidade, embora durante pouco tempo, contribuiu para despertármos para novas situações. No nosso contexto de prática diária, estamos ainda muito direccionados para o tratamento e resolução de situações episódicas, e este estágio proporcionou-nos outra visão. De uma abordagem mais “intervencionista” para uma abordagem mais holística da pessoa idosa.

Integrar a equipa de enfermagem permitiu-nos perceber a dinâmica da unidade e facilitou o desenvolvimento de diversas competências. Tornámo-nos mais aptos para desenvolver estratégias de atuação perante a pessoa idosa em contexto de comunidade e até em contexto hospitalar.

Participar na consulta de enfermagem e na visita domiciliária ajudou-nos a desenvolver competências na avaliação global e formação, através de ações educativas para a saúde à pessoa idosa, na área da diabetes e das úlceras de pressão. A elaboração de um estudo de caso, com a avaliação multidimensional realizada a um utente idoso, foi importante no desenvolvimento destas estratégias.

A AFGACI, motivo que primeiramente nos fez escolher este campo de estágio, teve a sua importância pelo desenvolvimento de competências na aplicação de instrumentos de avaliação e entrevista com o utente. Neste momento, e desde há alguns anos, não é realizado um relatório final e os dados recolhidos pela equipa de enfermagem são utilizados em proveito de outros profissionais sem que haja um plano de cuidados e encaminhamento adequado.

A avaliação realizada em SADI é realizada de forma menos sistematizada mas permite o estabelecimento de um plano de cuidados embora não estruturado.

Queremos ainda fazer referência a uma experiência, a visita a um Lar Residência e Centro de Dia, pertencentes à mesma instituição da unidade de saúde onde realizámos estágio. Nesta visita, que teve a duração de um dia, além da observação das características de um lar com condições físicas, consideradas bastante boas, podemos partilhar com os profissionais (neuropsicóloga, auxiliares, fisioterapêutica) e principalmente com as enfermeiras a sua visão relativamente ao que é considerado importante no cuidar. Interagir com os utentes também se

revelou importante no desenvolvimento de competências perante a pessoa idosa institucionalizada.

Relativamente á identificação de estratégias de articulação entre o hospital e as unidades de saúde da comunidade, a nossa permanência nesta unidade e integração na equipa de enfermagem reforçou a ideia já existente da necessidade de transmissão de informação e a sua importância na continuidade de cuidados ao utente.

Este estágio permitiu ainda a reflexão acerca do papel do enfermeiro especialista na comunidade e a importância da sua atuação na promoção da saúde e prevenção da doença. Especificamente na unidade onde estagiámos, pensamos que o enfermeiro especialista tem na equipa um papel dinamizador, desenvolvendo novas estratégias de atuação o que se vai repercutir na qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

Como exemplo, podemos referir um objetivo do orientador do nosso estágio, que se encontra em desenvolvimento, a criação de uma consulta de cessação tabágica.

Relativamente á avaliação global funcional o papel do enfermeiro é inexistente. Apenas se verificamos a aplicação de diversos instrumentos de medida sem o desenvolvimento consequente de ações adequadas. Para terminar, consideramos que os objetivos traçados para este estágio foram atingidos.

## **APÊNDICE IX - Estudo de caso**







ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO

Situação de Transição saúde/doença experienciada  
por pessoa idosa admitida no SU

Autora: Maria de Fátima L. F. Coutinho Nº 4769

Orientadora: Profª Emília Brito

Lisboa

Março 2014

## **LISTA DE SIGLAS**

AP - Antecedentes pessoais

AVD – Atividades vida diária

CE – Crânio-encefálica

DGS – Direção - Geral da Saúde

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

IMC – Índice massa corporal

MNA - *Mini Nutritional Assessment*

MMSE-*Mini Mental State Examination*

NC - Neurocirurgia

NL - Neurologia

OMS - Organização Mundial de Saúde

POMA - *Peformance-Oriented Assessment of Mobility I – Balance*

RMN - Ressonância Magnética Nuclear

SNC - Sistema Nervoso Central

SONC - Serviço de observação Neurociências

TAC - Tomografia Axial Computorizada

## **INDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	4
<b>1. CASO CLINICO</b>	6
<b>1.1. Identificação da pessoa idosa/família e contexto de vida</b>	6
1.1.1. Historia Pessoal	6
1.1.2. Historia Familiar	6
1.1.3. Historia clinica	7
<b>1.2. Descrição da situação de cuidados</b>	7
<b>1.3. Meningiomas</b>	9
<b>1.4. Apresentação e análise de dados</b>	10
<b>1.5. Processo de transição</b>	13
<b>1.6. Avaliação</b>	22
<b>CONCLUSÃO</b>	25
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	26
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b>	

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1- Plano de Cuidados	17
Tabela 2 - Operacionalização da situação vivenciada pela utente no Modelo de Transições de Meleis <i>et al.</i> (2000)	24

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das doenças crônicas explicam o aumento progressivo da ocorrência das pessoas idosas ao Serviço de Urgência (SU) (Aminzadh & Dalziel 2002, Robinson & Mercer, 2007).

A ida ao SU reflete na maioria das vezes uma mudança súbita no estado de saúde dos indivíduos, que se vêm confrontados com o aparecimento de uma doença, ou agudização de uma doença crônica, com todas as implicações que daí advêm para a sua vida. Estas mudanças ocasionam um processo de transição para uma nova situação.

Diariamente os enfermeiros deparam-se com idoso que experienciam processos de transição. Pela sua proximidade e permanência junto dos utentes são os enfermeiros os profissionais, por excelência, que acompanham os utentes e os orientam neste processo. Identificar esta situação e o seu conhecimento vai ajudar na avaliação e implementação de estratégias (Meleis, 2010; Meleis, 2012).

Com este estudo de caso pretendemos descrever o fenómeno de transição saúde/doença experienciado por uma utente idosa, que recorreu ao Serviço de Observações de neurociências (SONC) por episódio de crise convulsiva, tendo sido diagnosticado uma recidiva de tumor cerebral.

Como se depreende, o referencial teórico de enfermagem adotado é a Teoria das Transições de Meleis. Utilizar uma teoria descritiva pode “descrever o fenómeno, um evento, uma situação ou uma relação; identifica as suas propriedades e componentes e identifica algumas das circunstâncias que os influenciam” (Meleis, 2012, p. 34)

As transições são um conceito central em enfermagem, podendo ser consideradas, de uma forma mais lata, como um período de mudança que medeia dois estados relativamente estáveis (Chick & Meleis, 1986).

Um indivíduo que passa de um estado de relativo bem-estar para uma situação de doença apresenta um período de desequilíbrio até novamente atingir o equilíbrio. Como é que se desenvolve este processo? Quais os fatores que o influenciam? Perante esta necessidade de interiorizar um novo papel como é que os enfermeiros podem ajudar?

Transição indica uma mudança, requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e portanto altere a definição do próprio no contexto social (Meleis, 2012).

Uma pessoa idosa que ocorre ao SU e lhe são confirmados os seus piores receios,

desencadeados pela situação que a conduz ao hospital, vai vivenciar um processo de transição.

Compreender este fenómeno ajuda o enfermeiro a antecipar situações e a determinar as necessidades dos participantes para uma transição saudável “ definindo o objetivo global de uma transição saudável como o domínio de comportamentos, sentimentos, interpretações e símbolos associados com novos papéis, identidades e transições não problemáticas.” (Meleis, 2012, p. 413)

Encarar esta situação como um processo de transição está de acordo com o cuidado holístico, central ao cuidar em enfermagem, e promove a continuidade de cuidados não apenas no tempo mas também nos diversos domínios da pessoa (Chick & Meleis, 1986).

Como já referenciado anteriormente, este estudo de caso foi realizado no SONC de um hospital central de Lisboa, unidade de observação com características de um serviço de urgência. Os utentes são admitidos no hospital e encaminhados para esta unidade para observação por clínico de neurologia (NL) e/ou de neurocirurgia (NC), realização de exames e vigilância após o que são encaminhados: alta, internamento ou transferência para outra unidade hospitalar. Foi escolhida uma utente que pela sua história nos pareceu representativa das pessoas idosas que são admitidas neste serviço. Para a recolha de dados foi usada a observação direta, a entrevista semiestruturada, a aplicação de instrumento de avaliação elaborado para o efeito (Ver Apêndice I), e a interação enfermeiro/utente/família durante o período de permanência da utente neste serviço.

No instrumento de avaliação elaborado não foram consideradas as condições e características de um serviço de urgência, mas sim a avaliação multidimensional à pessoa idosa, atendendo aos objetivos académicos em que este trabalho se insere.

Este trabalho está estruturado em dois capítulos. O capítulo 1 corresponde ao caso clínico, que iniciamos com a identificação da pessoa idosa inserindo-a no seu contexto de vida, através da descrição de fatores pessoais, familiares sociais e ambientais, e descrição da situação clínica. Fazemos também uma breve caracterização da patologia que consideramos útil para melhor compreensão da situação clínica. Segue-se a apresentação e discussão de alguns dados, a análise da situação à luz da Teoria das transições de Meleis e o plano de cuidados elaborado para esta utente. Finalmente, uma avaliação posterior da situação, possível por readmissão da utente no serviço, e um quadro com a operacionalização da situação vivenciada pela utente no Modelo Transicional de Meleis *et al* (2000).

Na conclusão, fazemos uma síntese do trabalho efetuado, ao mesmo tempo que se tecem algumas considerações reflexivas.

## 1. CASO CLINICO

### 1.1. Identificação da pessoa idosa/família e contexto de vida

#### 1.1.1. Historia Pessoal

Utente de sexo feminino, naturalidade portuguesa, 65 anos. Como habilitações literárias, tem a 3ª classe, explicando que gostava de ter estudado mas que na altura os pais não achavam essenciais os estudos para uma rapariga. Começou a trabalhar aos 9 anos, *em casa de uma senhora rica como “sopeira”, (...) como então se chamava...* reforça. Desde então, trabalhou sempre como empregada doméstica. Reformada por invalidez há 13 anos, após a primeira intervenção cirúrgica a meningioma.

Casou aos 17 anos mas encontra-se viúva há 20 anos. O marido faleceu devido a neoplasia pulmonar. Tem dois filhos. Um filho, 36 anos, divorciado, que vive com ela e do qual tem dois netos; e uma filha casada, com dois filhos e novamente grávida, que vive em Lisboa.

Vive em apartamento, um 5º andar em prédio com elevador. Tem saneamento básico, casa de banho com poliban, e considera que tem as condições necessárias ao seu dia a dia.

Independente nas Atividades Vida Diária (AVD)<sup>1</sup> (atividades básicas e instrumentais). Em caso de necessidade, como cuidadores familiares refere os filhos. A filha no que respeita ao cuidar de si e manutenção da casa, e o filho para a acompanhar e tomar decisões *o meu filho não faz essas coisas* (referindo-se à ajuda que vai necessitar após cirurgia e à confecção da alimentação) ....*ele sabe cozinhar até bem..... mas é homem.*

Tem como outros familiares três irmãos (uma irmã e dois irmãos), dos quais ela é a mais nova. A irmã vive no Canadá. Apenas um irmão vive em Lisboa, mas não se visitam regularmente.

Gosta de dançar, frequentar festas e bailes e ir a passeios na companhia de amigas.

Reconhece-se como Católica, diz que acredita em Deus, mas reforça que não vai à missa porque pode falar com Deus em qualquer lado.

#### 1.1.2. Historia Familiar

Mãe faleceu devido a uma embolia pulmonar, não sabe outros antecedentes. O pai com uma neoplasia intestinal, sem outros antecedentes.

Um irmão faleceu também com neoplasia intestinal. Não consegue referenciar antecedentes relativamente aos outros irmãos.

---

<sup>1</sup> AVD – De acordo com Baltes et al (1999) citado por Sequeira (2010) definem-se pelo conjunto das atividades quotidianas essenciais, realizadas regularmente no sentido de manter a independência de um individuo no seu meio habitual.

### 1.1.3. Historia clinica

Tem como antecedentes pessoais (AP) meningioma atípico da convexidade frontal esquerda, diagnosticado na sequência de crise convulsiva do hemicorpo à direita, sujeito a remoção há cerca de 13 anos. Pós-operatório complicado, de acordo com a utente (não se conseguindo acesso a informação clinica), com coma prolongado (sic). Aparente reação anafilática à fenitoína (também de acordo com testemunho da utente, que não consegue descrever o que terá ocorrido). Afasia de expressão discreta, hemiparesia direita espástica ligeira e epilepsia sequelares.

Desde então com crises convulsivas focais no hemicorpo à direita e períodos de afasia, de difícil controlo com anti convulsivantes. Por aumento das crises realizou Tomografia Axial Computorizada Crânio- Encefálica (TAC - CE) que revelou recidiva tumoral, tendo sido reoperada a 19/09/2012, noutro hospital, com cirurgia e pós-operatório sem complicações. Teve alta com agravamento da afasia de expressão e hemiparesia direita que foram melhorando gradualmente, ficando com hemiparesia direita com força muscular G4+<sup>2</sup> de predomínio braquial e afasia de expressão muito discreta que não interferem com as suas atividades diárias quotidianas.

Sem alterações da audição, refere que já não vê tão bem como antigamente mas que só precisa de óculos para ler.

Nega hábitos tabágicos ou alcoólicos. Além da fenitoína, desconhece alergias medicamentosas ou outras.

Faz vigilância de tensão arterial de forma esporádica. Sem outros AP relevantes.

Medicada em ambulatório com Levetiracetan 500mg 2xd e Topiramato 150mg 2xd.

### 1.2. Descrição da situação de cuidados

No dia 30/01/2014 a Sra. M.I.E. dá entrada na sala de reanimação do SU de um Hospital Central de Lisboa, por crises convulsivas parciais contínuas, localizadas ao membro superior direito e hemiface homolateral. Medicada com Midazolan intranasal e Diazepan endovenoso com controlo das crises. Período pós crítico com hemiplegia flácida á direita, consciente, orientada, colaborante de acordo com as suas possibilidades.

---

<sup>2</sup>Força muscular avaliada de acordo com a seguinte escala:0=sem movimento, 1=tremor ou esboço de contração sem movimento associado na articulação, 2=existe movimento mas este não é mantido contra a gravidade, 3=movimento contra a gravidade, mas sem resistência aplicada, 4=movimento contra alguma resistência, 5=força total (Koizumi & Diccini, 2006).

Faz TAC CE e é pedida observação por clínico de NC devido aos seus AP, razão pela qual é transferida para SONC.

Observada por NC, tem TAC CE que não revela alterações. É pedida observação por NL, que reforça medicação anti convulsivante. Parâmetros analíticos sem alterações significativas.

Cefaleias frontais discretas quantificadas com 2/3 na escala numérica de dor<sup>3</sup>, que revertem rapidamente com Paracetamol.

Durante a noite fica em vigilância. Durante o dia 31/01 por não se verificarem novos episódios de crises e a utente apresentar melhoria do quadro (já sem hemiplégia, com hemiparesia com força muscular G4 de predomínio braquial, já existente previamente) tem alta, ficando a aguardar familiares. Cerca de uma hora após alta e ainda a aguardar familiares, a utente apresenta movimentos clónicos da mão direita e lentificação psicomotora que reverteu após 30 segundos. Medicada, suspende-se a alta e fica novamente em vigilância.

O filho, que a vinha buscar, mostra-se bastante ansioso com a situação e apresenta atitude desafiadora perante a equipa de profissionais, aparentando alguma dificuldade em interagir com os profissionais de saúde de molde a se poder explicar a situação.

De madrugada volta a apresentar movimentos tónico-clónicos da mão direita e desvio da cabeça para a direita durante cerca de um minuto.

Ainda no mesmo dia (1/02) realizou Ressonância Magnética Nuclear (RMN), que revelou recidiva tumoral com edema vasogénico perilesional e apagamento dos sulcos na alta convexidade frontal esquerda.

Comunicado o resultado à Sra. M.I.E. que pede para contactar o filho. Após chegada dos filhos ao hospital é-lhes comunicado o resultado do exame e explicada a situação. O filho mostra-se muito agitado e interage verbalmente de forma muito agressiva com os profissionais de saúde e de forma muito assertiva com a mãe, não permitindo decisões da parte desta. A filha apresenta-se mais calma e tenta acalmar o irmão.

Enfermeira e neurologista tentam acalmar o filho, explicando de forma pormenorizada o que se passou, diagnóstico, implicações e tratamento, ao mesmo tempo que tentam que a família e a utente explicitem as suas dúvidas e anseios. O filho parece, entretanto ficar mais calmo e toma as decisões de forma isolada, sem consultar a mãe e irmã, que parecem acatar de forma pacífica a situação. Perante os receios e hesitações da mãe interpõe dizendo “*nem penses....*

---

<sup>3</sup> O registo sistemático da dor, instituída como 5º sinal vital, é considerado norma de boas práticas dos profissionais de saúde, e tem como um dos objetivos, a melhoria da qualidade de vida. A sua avaliação pode ser realizada com a escala numérica, escala numerada de 0 a 10, em que 0 significa sem dor e 10 significa dor máxima (Direção Geral da Saúde (DGS), 2003).



*Não penses que te deixo sozinha com os teus netos se não fores operada. Vais ser operada e pronto!*

A Sra. M.I.E. é reobservada por NC e fica internada proposta para cirurgia. É transferida para a enfermaria de neurocirurgia no dia 2/02 no turno da tarde.

Durante o período de permanência no SONC a utente apresentou-se sempre ansiosa quanto à sua situação. Primeiro receosa de que os episódios de crises fossem preditores de recidiva tumoral, e após confirmação do diagnóstico, claramente mais ansiosa, mostrou-se chorosa e receosa quanto ao resultado da cirurgia.

Após confirmação do diagnóstico e já a aguardar vaga na enfermaria verificou-se maior alheamento da situação ao seu redor. Menor interação à estimulação e lentificação psicomotora, traduzindo-se em maior lentificação do discurso e necessidade de ajuda para tarefas em que anteriormente se mostrava autónoma, apesar de não se ter verificado agravamento da hemiparesia relativamente ao dia de entrada no SONC. Apresenta urgência/incontinência urinária tendo urinado na fralda. Prefere ficar no leito ao invés de estar no cadeirão.

### **1.3. Meningiomas**

De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), última revisão em 2007, dos tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) os meningiomas são tumores, extra-axiais, das meninges, que por sua vez se classificam em Benignos, Atípicos e Malignos (Linhares, 2009). Mais frequentes no sexo feminino são diagnosticados sobretudo na 5ª e 6ª década de vida, e destacam-se, por ordem decrescente de frequência as seguintes localizações: parassagital, convexidade, *tuberculum* sellar, asa do esfenóide, rego olfativo, foice, ventrículo lateral, tenda do cerebelo, pavimento da fossa média e órbita (Coiteiro, 2006).

Como possível fator exógeno responsável pelo aumento do risco de desenvolvimento de tumores do SNC apenas a radiação ionizante apresenta uma relação inequívoca e amplamente comprovada, aumentando em 10 vezes a incidência de meningiomas (Coiteiro, 2006). Estão, no entanto, descritos casos de meningiomas sob zonas de fraturas ósseas prévias, em áreas de cicatrizes duras e também envolvendo corpos estranhos. As hormonas sexuais parecem ter também um papel importante no crescimento dos tumores (Linhares, 2009).

Ainda de acordo com a classificação da OMS, os meningiomas atípicos são tumores de Grau II, que correspondem a 5-6% dos casos de meningiomas. Apresentam baixo potencial proliferativo mas com atividade mitótica aumentada, com capacidade de recrescimento

(Linhares, 2009). Apresentam uma taxa de recidiva local de 29-38%, mesmo com ressecção completa, exigindo um rigoroso acompanhamento (Dusik-Sharp, 2006).

Os sinais e sintomas neurológicos apresentados dependem da velocidade de crescimento do tumor e das áreas cerebrais onde se desenvolvem. Um crescimento lento permite uma maior adaptação cerebral, enquanto um crescimento rápido causa sinais precoces. (Linhares, 2009).

Cefaleias, alterações da força muscular e sensibilidade, afasia, alterações cognitivas e de personalidade e crises convulsivas, que podem ser focais, generalizadas ou focais com generalização, são alguns dos défices neurológicos que podem estar presentes (Coiteiro, 2006; Linhares, 2009).

A formação de edema cerebral e hipertensão intracraniana são fatores particularmente importantes na mortalidade e morbilidade. O edema cerebral pode-se distinguir em edema vasogénico, citotóxico ou celular e intersticial, em que o primeiro é dominante, tornando-se por vezes difícil distinguir a contribuição no quadro clínico do tumor e do edema (Coiteiro, 2006). A hipertensão intracraniana manifesta-se por cefaleias, vômitos, papiledema, parésia do VI par craniano e alterações do estado de consciência (Coiteiro, 2006).

A imagiologia, nomeadamente a TAC - CE e a RMN, é particularmente importante na identificação dos tumores. O tratamento depende da localização mas, sempre que possível, a remoção cirúrgica total é indicada (Linhares, 2009).

#### **1.4. Apresentação e análise de dados**

Utente consciente, orientada e colaborante, com score 15 na Escala de Comas de *Glasgow*<sup>4</sup>. Para uma avaliação breve do estado mental foi aplicado *Mini Mental State Examination* (MMSE), apresentando a utente um score de 25 pontos, considerado normal para a população portuguesa, atendendo ao grau de escolaridade. Dificuldade na atenção e cálculo e na evocação; refere alterações de memória desde que foi intervencionada a primeira vez.

A memória recente ou memória de curto prazo, por ser responsável pela retenção da informação durante um curto espaço de tempo, é indispensável para a realização das tarefas diárias (Sequeira, 2010), mas a utente considera que esta diminuição não interfere com a sua vida diária. Impossibilidade de realizar o teste na habilidade construtiva devido ao défice motor que apresenta, hemiparésia direita de predomínio braquial agravado pelo facto de ser dextra.

Apresenta afasia discreta que se traduz por pequenas pausas e hesitações. Sem alterações na nomeação.

---

<sup>4</sup> Escala de avaliação de estado de consciência que avalia a melhor resposta do utente em 3 parâmetros: abertura dos olhos, resposta motora e verbal. Apresenta um score de 3 a 15 correspondendo o 3 a um estado de coma profundo e o 15 a um estado de consciência normal (Swearingen & Keen, 2003).

Autónoma e independente <sup>5</sup> nas AVD previamente à entrada no hospital, com um valor de 100 pontos no índice de Barthel<sup>6</sup> e oito pontos no Índice de Lawton-Brody<sup>7</sup>. No momento, apresenta diminuição da funcionalidade nos itens Banho, Vestir, Alimentação e Transferências, devido em parte à hemiparesia agravada mas também devido às condições existentes no hospital. Macas altas e com rodados que não travam, o que não proporciona apoio. Quando os utentes se levantam, os chinelos que são facultados escorregam com facilidade no piso e são difíceis de manter calçados, o que dificulta a marcha.

De acordo com protocolo de serviço, foi aplicada escala de Braden<sup>8</sup> com resultado de Baixo Risco; e escala de Morse<sup>9</sup> com um resultado de 55 pontos significativo de elevado Risco. Resultado devido a história de queda nos últimos 3 meses, por lipotimia, acesso venoso e marcha lenta com necessidade de implementação de intervenções de prevenção de quedas de alto risco.

Feita avaliação do equilíbrio e da marcha, através do Índice de *Tinetti Performance-Oriented Assessment of Mobility I – Balance (POMA I)*<sup>10</sup> verificamos que no equilíbrio estático apresenta um valor parcial de 13, para um total de 16, e no equilíbrio em marcha apresenta um valor de 11 num total de 12 pontos. No total apresenta um valor de 24 em 28, o que significa um baixo risco de queda. A contradição dos resultados nos instrumentos avaliados pode talvez ser explicada pela diferença dos itens avaliados. A escala de morse prediz o risco de queda e

---

<sup>5</sup> Autonomia é a “perceção da capacidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais do dia-a-dia, de acordo com as suas próprias regras e preferências” enquanto independência “é comumente entendida como a capacidade de viver independentemente na comunidade sem/ou com pouca ajuda de terceiros” (WHO, 2002, p.13). Ambas dependentes da capacidade funcional, física e cognitiva, e de fatores psicossociais. Enquanto a primeira está relacionada com a capacidade do indivíduo tomar as suas decisões, a segunda encontra-se associada à capacidade de desempenho das atividades de vida diária. (Sequeira, 2010).

<sup>6</sup> Utilizado Índice de Barthel apresentado pela DGS, na norma 054/20 de 27/12/2011. Reconhecido como um instrumento válido e fácil de aplicar na prática, em que a avaliação dos diversos itens, mais importante que o score final, permite identificar o nível de autonomia em cada atividade, o que mostra ser relevante no planeamento de cuidados personalizados (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

<sup>7</sup> Índice de Lawton-Brody (Adaptado de Lawton and Brody, 1969 por Sequeira, 2007). Instrumento utilizado porque “permite avaliar o grau de dependência nas actividades instrumentais de vida diária, de forma global e também de forma parcelar” (Sequeira, 2010, p.53), sendo as actividades instrumentais de vida diária as “actividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade” (Sequeira, 2010, p.53).

<sup>8</sup> Escala de avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, e validada para português por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Apóstolo, 2012).

<sup>9</sup> Escala preditiva da avaliação do risco de queda, constituída por 6 variáveis (historial de quedas no internamento ou nos últimos 3 meses, existência ou não de diagnóstico secundário, ajuda na mobilização, Terapia endovenosa, Marcha e Estado mental), adaptação cultural e linguística em 2010 pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Disponível em [http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS\\_PT\\_c.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS_PT_c.pdf))

<sup>10</sup> Escala criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski. É dividida em duas partes, em que uma avalia o equilíbrio e a outra a marcha. Validada para a população portuguesa por Petiz (2002), “a utilização deste instrumento de avaliação tem importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita ações preventivas, assistenciais e de reabilitação” (Apóstolo, 2012, p.25).

deve ser considerada uma escala de monitorização do risco enquanto o índice de Tinetti permite a avaliação da marcha e do equilíbrio.

A Sra. M.I.E. apresenta um Índice de massa corporal<sup>11</sup> (IMC) - 22,9, considerado normal no adulto mas se atendermos à adaptação da classificação às pessoas idosas a utente pode estar a desenvolver risco de desnutrição<sup>12</sup>. Aplicado *Mini Nutritional Assessment* (MNA)<sup>13</sup> apresenta um valor de 13 na triagem que se traduz por um estado nutricional normal. No sentido de conhecer melhor os hábitos alimentares da utente foi realizado o restante instrumento. Ingere poucos líquidos ao longo do dia, não gosta de leite, come iogurtes e queijo mas não de uma forma diária. Na maioria dos dias apenas faz uma refeição completa por dia preferindo ao jantar comer “qualquer coisa” que diz ser fruta, uma sandes ou sopa. Acha que a sua saúde é idêntica às das outras pessoas da sua idade, acha que não tem problemas nutricionais mas sabe que devia alterar as suas refeições, principalmente ao jantar. Refere que não gosta de cozinhar mas que é “obrigada” e continua “ *se fosse por mim comia qualquer coisa mas como tenho de fazer comida para o filho.... Às vezes também tenho de fazer almoço para os netos.*

Apresenta um fácies preocupado e triste. À interação responde às perguntas que lhe são formuladas mas a sua atenção parece estar dispersa. À menor distração desvia o olhar e tenta perceber o que se está a passar em redor.

Quando questionada sobre o que gosta de fazer nos tempos livres começa por dizer que não faz muitas coisas, mas após insistência diz que gosta de dançar e de ir a bailes. A sua fisionomia modifica e sorri, por vezes até com riso franco, quando falamos do seu gosto pela dança e pelos bailes, acabando por dizer *Tinha uma festa agora no Carnaval.....No dia em que isto me aconteceu tinha ido comprar um vestido novo.*

Para avaliação do estado afetivo, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

---

<sup>11</sup> Medida simples do peso em relação à altura. Corresponde ao peso dividido pelo quadrado da altura e exprime-se em kg/m<sup>2</sup> com a seguinte fórmula **IMC = peso (kg) / [altura (m)]<sup>2</sup>** (DGS, 2005)

<sup>12</sup> De acordo com a Associação de Dietistas Portugueses Risco de desnutrição em pessoas idosas (com mais de 65 anos) traduz-se num IMC situado no intervalo 22 - 23.9 pontos.

<sup>13</sup> O MNA é considerado uma Ferramenta de triagem em nutrição, para adultos com 65 e mais anos, altamente específico e melhor validado (Skates & Anthony, 2012). Ainda de acordo com os mesmos autores, citando Vellas et al., (1999), o MNA tornou-se, a par com o MMSE, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e o Índice de Katz, componente fundamental na avaliação compreensiva geriátrica do idoso.

*short-form* (adaptação de Apóstolo, 2011)<sup>14</sup>, com um valor final indicativo de depressão leve.

A Sra. M.I.E. mostra-se muito ansiosa, para além do sucesso da cirurgia, com o fato de a filha ter de cuidar dela quando tiver alta (...) *Da outra vez foi diferente, a minha filha estava em casa, não estava na casa dela, e agora tem de deixar a casa dela e vir tomar conta de mim e do irmão.*

Perante a sugestão de o filho ajudar no cuidado ou pelo menos na alimentação a utente responde que não pode ser, explicando “*ele é homem*” o que na opinião da utente parece significar que o filho por ser homem não pode ser cuidador delegando, no entanto, as decisões neste.

### **1.5. Processo de transição**

Existem períodos transicionais de instabilidade na vida dos indivíduos provocadas por mudanças várias e que têm implicações no seu bem-estar e saúde (Meleis, 2010).

Consideramos que esta utente se encontra a experienciar um fenómeno de transição, despoletado por uma mudança no seu estado de saúde que pode, no entanto, proporcionar uma oportunidade de melhorar o seu bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). De acordo com Meleis (2010) são foco de preocupação dos enfermeiros os indivíduos que se encontram a vivenciar processos de transição sendo a saúde e a perceção do bem-estar os resultados esperados.

De forma a entender as respostas dos indivíduos que se encontram a vivenciar um processo de transição, os enfermeiros necessitam de compreender qual a perceção que estes têm do processo e as expetativas que têm quanto aos resultados (Chick & Meleis, 1986).

O episódio de crise convulsiva, responsável pela sua ocorrência e admissão no SU, foi o evento que despoletou o processo de transição, de natureza singular, saúde/doença, que consideramos que a utente está a vivenciar.

Quanto às propriedades do processo, a utente tem consciência de que se encontra a experienciar um período de transição. O evento súbito, logo seguido da confirmação de um diagnóstico que já receava “obrigou-a” a tomar consciência de uma situação para a qual necessita de desenvolver estratégias de adaptação. Tem consciência das mudanças que ocorreram no seu estado de saúde e das implicações decorrentes na sua vida. A utente é

---

<sup>14</sup> A EDG inicialmente elaborada por Sheikh e Yesavage em 1983, permite identificar sintomas de depressão em idosos, e, de acordo com o Grupo de estudos do Envelhecimento e Demências, 2008, já pertence ao domínio público (Sequeira, 2010). Posteriormente desenvolvida uma versão mais reduzida, a DGS -15, Sheikh e Yesavage em 1986, constituída por 15 perguntas de resposta dicotómica, Sim/Não. As questões referem-se ao modo como o idoso se tem sentido, especialmente na última semana.

confrontada perante a impossibilidade de se manter nesta situação e o medo da terapêutica proposta (cirurgia).

A necessidade de se submeter a uma cirurgia intracraniana, as possíveis complicações associadas e a probabilidade de recidiva do tumor, são aspetos que condicionam a sua resposta à situação. A incerteza<sup>15</sup> é um fator major stressante e que influencia a resposta da utente e as estratégias de *coping* (Guadalupe, 2010), manifestado por sentimento de ansiedade por parte da utente e família.

De acordo com McCormick (2002), citando diversos autores, a incerteza associada à doença está relacionada com níveis elevados de *stress* emocional, ansiedade e depressão, embora possa ser atribuído um significado a uma situação de forma a esta ser encarada como uma oportunidade. Considerando o tempo que a utente esteve no SONC é difícil afirmar com certeza que os resultados da EDG *short form* sejam devido à situação clínica ou se outros fatores estão associados. Atendendo a comentários da utente durante o período de permanência (...) *estou muito desanimada*, dizendo que anda muitas vezes triste e respondendo que tem medo de que algo de mal lhe aconteça, apenas podemos supor que a primeira será decisiva para o resultado encontrado.

A utente tem consciência da situação que está a travessar e do evento que a desencadeou, o que pode facilitar o desenvolvimento do processo. No entanto, não se encontra envolvida delegando as decisões no filho (...) *eu já não sei nada....falem com o meu filho*, o que dificulta o desenvolvimento do processo.

Como condições da transição podemos apontar o conhecimento da utente. Esta situação já não é nova para si e este conhecimento parece funcionar como uma condição inibidora. O conhecimento da probabilidade elevada que o tumor tem de recidivar e os resultados menos positivos obtidos com a primeira cirurgia influenciam negativamente o estado emocional da utente, com possíveis repercussões no desenvolvimento do processo.

O conhecimento do aumento de dependência que vai ocorrer no período pós-operatório, até à sua reabilitação, e a necessidade da filha ir cuidar dela e do irmão são aspetos que aumentam também a ansiedade da utente.

Por outro lado os resultados obtidos com a segunda cirurgia e o significado atribuído por esta, que considera uma *“sorte ter mudado de hospital e ter sido operada a segunda vez”* podem ser mobilizados pelos profissionais de saúde como estratégia de aquisição de confiança pela

---

<sup>15</sup> Definida por Mishel (2006) como a incapacidade de atribuir significado a eventos relacionados com a doença. Estado cognitivo que ocorre quando a pessoa não é capaz de atribuir valor a objetos ou eventos ou quando não consegue prever com precisão os resultados (Guadalupe, 2010; McCormick, 2002).

utente, relativamente ao procedimento cirúrgico necessário. O reforço acerca dos resultados positivos obtidos com a cirurgia influencia uma reabilitação mais precoce.

A idade é também um fator pessoal condicionador neste processo de transição, pois a Sra. M.I.E. considera que o facto de ser mais velha pode condicionar o resultado da cirurgia e a recuperação.

Como condições pessoais facilitadoras podemos ainda referir a adesão da utente ao regime terapêutico, que já evidenciou anteriormente, quer na adesão ao regime medicamentoso, quer na adesão às consultas de vigilância.

Como condições sociais da transição podemos considerar os filhos da utente. A filha que aparenta uma postura calma, e que por vezes atua como moderadora perante o irmão, pode ser considerada uma condição facilitadora neste processo, embora seja uma das fontes de preocupação da mãe, o fato de ela ter de sair de casa e vir cuidar dela e do irmão, visto que também tem a sua própria casa e família. O filho que apresenta uma postura de desafio perante os profissionais e que não permite decisões por parte da mãe parece ter também as duas vertentes. Atuando como condição inibidora pois não permite a expressão de sentimentos da mãe, e pelo que podemos observar não deixa margem para decisões da parte desta (*se pensas que te vou deixar sozinha assim com os teus netos estás muito enganada.....se tens que ser operada és e não se discute mais*); no entanto é neste que ela delega as decisões, o que pode funcionar como uma condição facilitadora, porque considera a cirurgia a atitude correta o que pode facilitar e ajudar a utente.

A ansiedade, manifestada pela Sra. M.I.E. e filhos, é um dos exemplos associado aos padrões de resposta a uma situação de transição, sendo este conhecimento útil na avaliação realizada pelos enfermeiros (Chick & Meleis, 1986).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidar dos utentes com tumores cerebrais, sendo o cuidado centrado no utente e na família um imperativo (Dusik-Sharp, 2006). Esta situação não afeta só o doente mas também a família, que não pode ser dissociada do contexto em que o doente se insere, pelo que no planeamento e implementação de estratégias tem de se atender á perceção e significado da transição para os intervenientes (Chick & Meleis, 1986).

Promover a presença da família junto da utente, além de ser mais uma fonte de informação para os profissionais, pode revelar-se uma influência estabilizadora criando uma sensação de segurança e normalidade (Capezuti, Kagan, Hap & Mion, 2012).

O período de tempo que medeia até à cirurgia pode ser utilizado como uma condição facilitadora pois permite uma preparação da utente e dos filhos, principalmente do filho, já iniciada neste serviço. Neste período de tempo podem ser desenvolvidas estratégias

terapêuticas e preventivas no sentido de diminuir a ansiedade resultante do diagnóstico efetuado, da necessidade de cirurgia e do medo de complicações associadas a esta.

A transmissão de informação adequada, o possibilitar o encontro entre os filhos e a utente e ainda promover o contato com os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, neurologista e neurocirurgião, para que possam colocar as suas questões, exteriorizar medos e angustias, são exemplos de atitudes a desenvolver.

Até à transferência da Sra. M.I.E. para a enfermaria não foi possível apercebermo-nos de indicadores de evolução de uma transição saudável. Pelo contrário a utente apresenta maior adinamia, aumento de dependência e falta de interesse no que a rodeia. No entanto, encontramos-nos num serviço de urgência e o tempo de que dispomos é muito limitado tendo sido apenas iniciadas as intervenções consideradas adequadas a esta utente e família.



**Tabela 1-** Plano de Cuidados

<b>Problema identificado</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
Risco de queda (hemiparesia direita G4+; alto risco de queda na Escala de Morse; condições ambientais pouco adequadas, crises convulsivas parciais)	Sem quedas durante o período de permanência no SO NC	-Fazer avaliação multifatorial do risco de queda	-Conhecimento dos fatores de risco de queda individuais
		-Identificar fatores pessoais intrínsecos e extrínsecos de risco de queda	-Conhecimento dos fatores de risco de queda intrínsecos e extrínsecos
		-Explicar à utente défices do equipamento e condicionantes do meio envolvente	-A utente reconhece os problemas existentes no meio envolvente e pede ajuda
		-Assegurar que a utente não sai sozinha do leito (maca)	-A utente chama sempre que necessita sair do leito
		-Providenciar auxílio nas atividades que a utente não consegue realizar sozinha, nomeadamente no banho e transferência do leito para a cadeira e da cadeira para o leito	-Sem quedas
		-Supervisão da marcha	-Sem quedas
		-Gerir condições ambientais, manter grades da maca elevadas, assegurar que o piso está seco, proporcionar a melhor adaptação possível dos chinelos disponibilizados no serviço, possibilitar que a família traga	-Sem quedas

		chinelos da utente	
Ansiedade da utente e família face aos episódios de crises convulsivas	Diminuir a ansiedade	-Promover comunicação com a utente e com os filhos	-Comunicação facilitada entre a utente, os filhos e destes com os profissionais de saúde
		-Explicar que episódios de crise podem ou não ser sinónimos de recidiva do tumor	-Conhecimento correto da situação
		-Assegurar que se está a atuar de forma correta	-Confiança nos profissionais de saúde e interação com estes
	Diminuir episódios de crises	-Vigilância de ocorrência de episódios de crise convulsiva	-Sem intercorrências durante episódios de crise convulsiva
		-Administração de terapêutica prescrita	-Diminuição do número de crises convulsivas/Sem crises convulsivas
Ansiedade da utente e família relativamente ao resultado dos exames realizados	Diminuir a ansiedade	-Falar com a utente e família explicando que logo que seja conhecido o resultado este será transmitido	-Confiança nas informações transmitidas pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros
		-Promover a verbalização de medos, dúvidas e ansiedades	-Colocação de questões, verbalização de dúvidas, medos e ansiedades
		-Assegurar que os procedimentos que estão a ser realizados são os indicados	-Confiança nos profissionais de saúde
		-Escutar a utente e família	-Interação com os profissionais, nomeadamente com os

			enfermeiros
Discurso agressivo do filho para os profissionais de saúde, perante a manutenção de episódios de crise convulsiva da utente	Diminuir agressividade manifestada no discurso e promover a interação com os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e médicos	-Explicar de forma calma a situação	-Diálogo entre o filho e profissionais de saúde
		-Promover a verbalização de dúvidas e receios	- Colocação questões aos profissionais de saúde
			-Interação entre o filho da utente e profissionais de saúde de forma calma e esclarecida
Ansiedade da utente devido ao conhecimento do diagnóstico (após realização de RMN)	Diminuir a ansiedade	-Falar com utente proporcionando informação adequada quanto ao diagnóstico e relativamente aos procedimentos futuros	-Conhecimento correto da situação e opções de tratamento
		-Enfatizar os resultados obtidos com a cirurgia anterior, nomeadamente cirurgia sem complicações e independência da utente	-Confiança nos procedimentos e na sua capacidade de recuperar, apesar das possíveis complicações de uma cirurgia
		-Promover diálogo da utente com a família	-Interação familiar
		-Promover diálogo com clinico de NC	-Interação com profissionais de saúde
		-Proporcionar ambiente e “abertura” para a utente poder verbalizar os seus medos e ansiedades e colocar questões	-Interação com enfermeiros e médicos para colocação de questões, verbalização de dúvidas, medos e ansiedades

Ansiedade da família face ao diagnóstico de recidiva de tumor	Diminuir a ansiedade	-Proporcionar informação adequada	-Conhecimento correto da situação e opções de tratamento
		-Promover colocação de questões, dúvidas, receios, dificuldades	-Colocação de questões, expressão de dúvidas, medos e ansiedades
		-Proporcionar possibilidade de diálogo com outros profissionais de saúde, nomeadamente NL e NC	-Interação com clínico de NL e NC
		-Escutar família	-Interação com profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros
		-Proporcionar possibilidade de utente e filhos conversarem	-Interação familiar
		-Enfatizar resultados obtidos com a cirurgia anterior	-Confiança nos procedimentos e na capacidade de recuperação da utente, apesar das possíveis complicações de uma cirurgia
Ansiedade da utente face à necessidade de cirurgia	Diminuir a ansiedade	-Proporcionar informação adequada	-Conhecimento da situação e das opções terapêuticas
		-Enfatizar resultados obtidos com a cirurgia anterior	-Confiança no procedimento cirúrgico como opção terapêutica mais adequada
		-Promover a verbalização de medos, dúvidas e ansiedades	-Confiança no procedimento cirúrgico como opção terapêutica
	Promover adesão terapêutica	-Proporcionar informação	-Conhecimento da situação e das

		adequada	opções terapêuticas
		-Enfatizar resultados obtidos com a cirurgia anterior	-Confiança na cirurgia como opção terapêutica mais adequada
		-Promover a verbalização de medos, dúvidas e ansiedades	- Confiança no procedimento cirúrgico como opção terapêutica
Ansiedade da utente face à perda de autonomia no pós-operatório e dependência da filha	Diminuir ansiedade	-Proporcionar informação adequada	- Confiança na cirurgia como opção terapêutica mais adequada
		-Enfatizar resultados obtidos com cirurgia anterior	- Confiança no resultado da cirurgia
		-Promover períodos de diálogo entre a utente e os filhos	-Expressão de sentimentos
	Promover adesão terapêutica	-Esclarecer quanto aos benefícios/riscos da cirurgia	-Confiança na cirurgia como opção terapêutica mais adequada e na sua capacidade de recuperação
	Desenvolver estratégias que minimizem a dependência	-Esclarecer quanto ao pós-operatório e possibilidade de sequelas	-Conhecimento acerca do pós-operatório
		-Promover períodos de diálogo entre a utente e os filhos	-Interação familiar de forma a reestruturarem a dinâmica familiar

## 1.6. Avaliação

Sra. M.I.E. foi readmitida no SU e novamente transferida para o SONC no dia 15/02/2014 por crise convulsiva focal, mioclonias do membro superior direito e hemiface homolateral sem generalização.

Intervencionada eletivamente no dia 10/02/2014 – craniotomia frontal esquerda com remoção total de meningioma atípico da convexidade, que decorreu sem intercorrências e sem complicações pós operatórias, teve alta a 14/02/2014.

Apresenta-se clinicamente bem, com discreto agravamento da afasia pré-operatória mas em remissão.

À entrada em SONC apresenta-se acordada, colaborante e aparentemente orientada. Fácies triste que se ilumina num sorriso quando reconhece os profissionais de enfermagem, da admissão anterior. Mostra-se mais comunicativa e interage mais facilmente com os profissionais de saúde que reconhece, chamando mais frequentemente e tentando colocar questões.

Mostra-se triste pelo agravamento da afasia e fica mais ansiosa quando quer comunicar e não é compreendida, agravando ainda mais a dificuldade em se expressar.

Foi reforçada a informação relativamente à melhoria que é espectável, e demonstra-se à utente que quando tenta falar devagar consegue articular as palavras e apresenta menos dificuldade na nomeação, o que a parece deixar mais contente e confiante.

Em virtude de apresentar hemiparesia direita de força muscular G4+, sem agravamento nesta cirurgia, apresenta-se independente e, apesar de a filha ainda estar a prestar apoio na alimentação e manutenção da casa, parece estar a encarar a situação de forma muito positiva, dando a entender que se sente bem e que rapidamente vai retomar as atividades anteriores à cirurgia. Quando se relembra o seu gosto pela dança e por festas ri-se e diz *“vamos ver .....vamos ver.”*

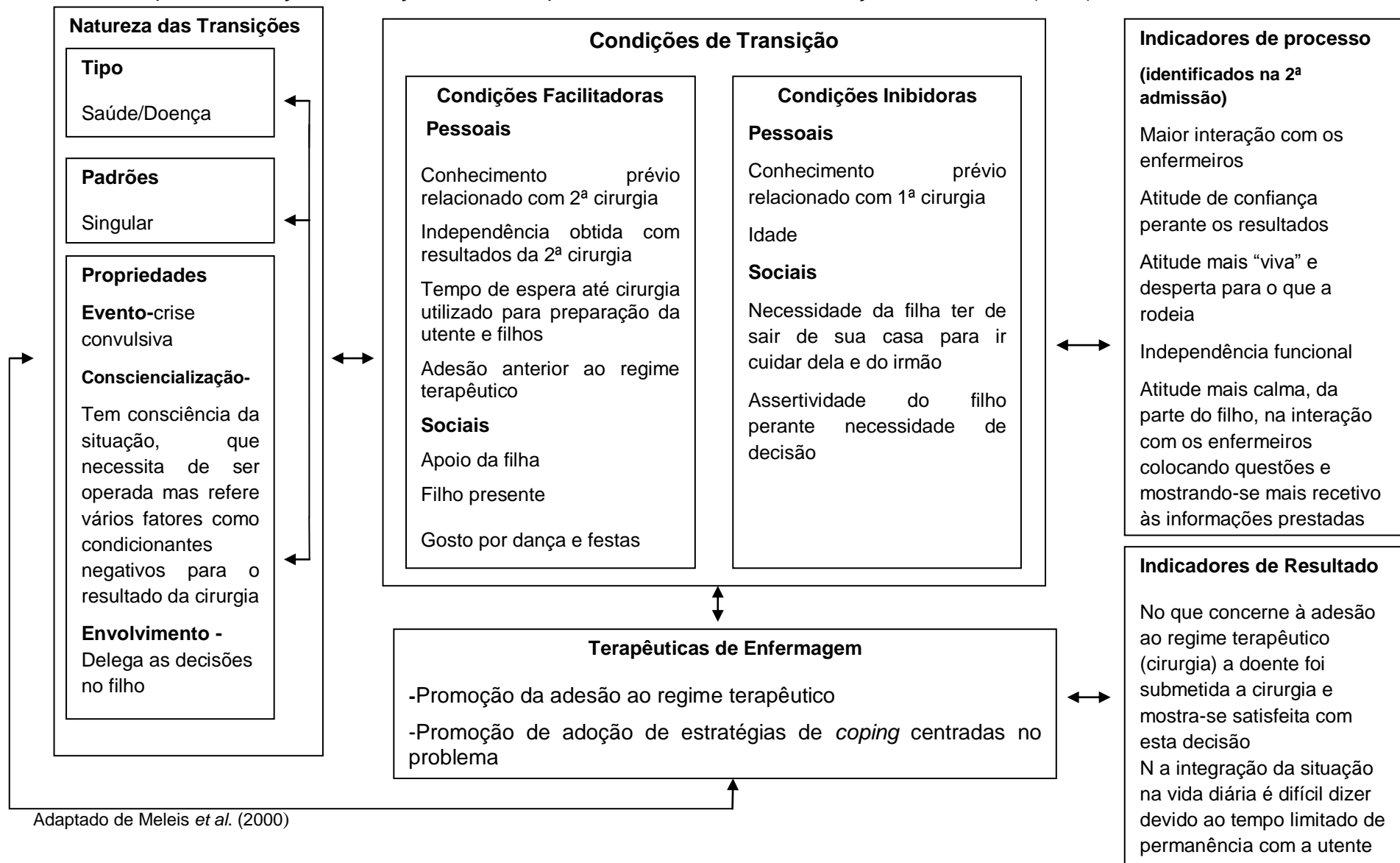
Após reforço de terapêutica anti convulsivante e vigilância durante 12 horas a Sra. M.I.E. tem alta saindo acompanhada do filho. Mostra-se animada por ir para casa e contente pela atenção dispensada, principalmente quando as enfermeiras a aconselham a colocar o lenço na cabeça de forma mais “moderna”, permitindo até que se faça a alteração, saindo bem-disposta e sem necessitar de apoio físico.

O filho, de acordo com nota médica do SU, terá apresentado uma atitude desafiadora na admissão devido à recorrência da sintomatologia da mãe, que considerava curada, mas após intervenção do clínico de NC com quem conversou, ficou mais calmo. Ao vir buscar a mãe

apresentava-se calmo parecendo receptivo às informações que lhe foram prestadas, quer relativamente às mudanças de dosagem terapêutica, quer relativamente às questões que colocou.

Maior interação da utente com os profissionais de saúde, a colocação de questões, aparente confiança na evolução clínica favorável, assim como atitude do filho, mais receptivo à prestação de informação e capacidade de dialogar de forma calma com os profissionais de saúde, podem ser considerados como indicadores de processo de uma transição saudável que de acordo com Meleis (2010) são o bem-estar subjetivo, refletido nas reações de *coping* do indivíduo, domínio do papel, com aquisição de competências que o tornam confortável no seu novo papel e bem-estar nas relações interpessoais com restabelecimento do equilíbrio na família.

**Tabela 2 -** Operacionalização da situação vivenciada pela utente no Modelo de Transições de Meleis et (2000)



Adaptado de Meleis et al. (2000)



## CONCLUSÃO

A mudança brusca que a doença súbita ou a agudização de uma doença já existente habitualmente envolvem, com o consequente desequilíbrio numa situação até então estável, faz com que os doentes que ocorrem ao SU experienciem um processo de transição mais ou menos complexo.

Este processo vai ocorrer num determinado período de tempo e vai exigir mudanças ao nível de identidade, papéis desempenhados e novos comportamentos. Utente e família vão ter de adquirir novos conhecimentos, novas competências, estabelecer novas relações, redefinir e interiorizar novos papéis.

Os enfermeiros são os profissionais que podem orientar neste processo. Apesar da singularidade de cada indivíduo, fenómenos de transição têm padrões de comportamento a que os enfermeiros necessitam estar atentos para direcionarem as suas ações no sentido de uma transição saudável, em que os indicadores são a perceção de bem-estar, o domínio do papel e o bem-estar nas relações.

Neste trabalho descrevemos a avaliação multidimensional efetuada a uma pessoa idosa que foi admitida no SONC, que consideramos estar a vivenciar um processo de transição saúde /doença. Esta avaliação permitiu a identificação das necessidades e a elaboração de um plano de cuidados dirigido às necessidades identificadas. Utilizar como referencial teórico a teoria de transições de Meleis permitiu prever situações e orientar a utente e família, iniciando ações de acordo com os objetivos e expectativas destes. A operacionalização desta teoria permitiu, não rotinizar os cuidados mas, fazer uma avaliação holística da pessoa idosa, considerando os vários domínios envolvidos, e a continuidade dos cuidados iniciados. A intervenção de enfermagem baseada numa teoria fundamentada tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados

Apesar de já trabalharmos há algum tempo no referido serviço e a admissão de pessoas idosas com situações idênticas à descrita serem habituais, o desenvolvimento deste trabalho permitiu uma reflexão para a ação e na ação que muitas vezes e por motivos vários não nos permitimos.

Num serviço de urgência, e este serviço na maioria das vezes não escapa à regra, a prioridade é o estabelecimento de um diagnóstico e a implementação de medidas que rapidamente solucionem a situação no sentido da alta ou do encaminhamento para outro serviço ou unidade hospitalar. O tratamento é dirigido à cura da patologia e na maioria das vezes não nos questionamos acerca das necessidades da pessoa idosa/família.

Consideramos que a maior disponibilidade, que como alunos possuímos, é um fator facilitador neste processo assim como a predisposição para a aquisição e desenvolvimento de competências. Competências que embora ainda no início do seu desenvolvimento, de alguma forma, já marcam a nossa atuação e têm eco nos restantes elementos da equipa.

Neste estudo de caso, como aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa idosa/família gostaríamos de salientar as capacidades relacionais nas quais se incluem as comunicacionais, que temos consciência que foram fundamentais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aminzadeh F. & Dalziel W. B. (2002). Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 39 (3), 238-247. doi:10.1067/mem.2002.121523
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Documento para apoio realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível *on line* em [www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538](http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538)
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Associação Portuguesa dos Dietistas (n.d.). *Índice de Massa Corporal*. Acedido em <http://www.apdietistas.pt/nutricao-saude/avalie-o-seu-estado-nutricional/parametros-antropometricos/62-indice-de-massa-corporal>
- Capezuti E., Kagan S. H., Happ M. B. & Mion L .C. (2012). The Family Caregiver: An Untapped Resource. *Geriatric Nursing*, 33 (2), 137-139. doi:10.16/jgerinurse.201202.004
- Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (2010). Escala de Morse para Risco de Queda. Acedido em 10/01/2014. Disponível em [http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS\\_PT\\_c.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS_PT_c.pdf)
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). TRANSITIONS: A NURSING CONCERN. In A .I Meleis (Ed.) *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE* (pp. 24-37). New York: Springer Publishing Company
- Coiteiro, D. (2006). Neoplasias Intracranianas. In J. Ferro, J. Pimentel (Coord.), *Neurologia Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp.211-244). Lisboa: Lidel.

- Direcção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa Nº 09/DGCG, 14/06/2003. Acedido em 15/10/2013. Disponível em <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Dor%205%C2%BA%20Sinal%20Vital%20%20Circular%20Normativa%20DGS.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. Acedida em 05/02/2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/...da...e.../norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Dusik-Sharp, J. (2006). Atypical Meningioma, An Unpredictable Variant. *SPRING*, 27 (3), 16-17. Disponível em *CINAHL Plus with Full Text*, através da *EBSCOHOST*. Acedido em 15/02/2014.
- Guadalupe, K. (2010). Understanding a meningiomas diagnosis using Mishel's theory of uncertainty in illness. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6 (2), 77-82. Disponível em *CINAHL Plus with Full Text* através de *EBSCOHOST*. Acedido em 15/02/2013.
- Koizumi, M. S. & Diccini, S. (2006). *Enfermagem em Neurociência: Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Linhares, P. (2009). Tumores Cerebrais. In M. J. Sá (Coord.). *Neurologia Clínica: Compreender As Doenças Neurológicas*, (pp.407-468). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- McCormick, K. M. (2002). A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 127-131. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00127.x
- Meleis A. I., Sawyer L.M., Im, E., Messias D. K. H. & Shumacher, K. (2000). EXPERIENCING TRANSITIONS: AN EMERGING MIDDLE- RANGE THEORY. In A. I. Meleis (Ed.) *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I. (Ed.) (2010). *TRANSITIONS THEORY MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *THEORETICAL NURSING Development and Progress*. (5<sup>th</sup> ed). Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.

- Robinson, S. & Mercer, S. (2007). Older adult care in the Emergency department. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (7), 40-47. Disponível na *MEDLINE with full text*, através *EBSCOHOST*. Acedido em 10/05/2013.
- Sequeira, C. (2010). *CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL*. Lisboa: Lidel.
- Skates, J. J. & Anthony, P. S. (2012). Identifying Geriatric Malnutrition in Nursing Practice. The Mini Nutritional Assessment (MNA®)—An Evidence-Based Screening Tool. *Journal of Gerontological Nursing*, 38 (3), 18-27.
- Swearingen, P. L. & Keen, J. H. (2003). *Manual de ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes* (4ªEd). (L. Abecassis, T. Leal, C. Durão, R. Inês, Trad.) Loures:Lusociência. (Tradução do original em inglês *Manual of CRITICAL CARE NURSING Nursing Interventions and Collaborative Management*, 4<sup>th</sup> ed., 2001, Mosby).

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Instrumento de colheita de dados**

## AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

### 1. Identificação

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Anos

### 2. Dados Sociodemográficos

Género              Feminino ☐                              Masculino ☐

Habilitações \_\_\_\_\_  
literárias

Profissão \_\_\_\_\_

Situação laboral \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Filhos                      Sim ☐                              Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Com quem vive \_\_\_\_\_

Cuidador familiar      Sim ☐                              Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Familiares próximos    Sim ☐                              Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Se necessitar de \_\_\_\_\_  
ajuda a quem \_\_\_\_\_  
recorre? \_\_\_\_\_

Características \_\_\_\_\_  
domicílio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fonte referenciação \_\_\_\_\_

Apoio que recebe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3.Dados Antropométricos

Peso \_\_\_\_\_ Kg                      Altura \_\_\_\_\_m                      IMC \_\_\_\_\_

Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ cm

### 4.História de saúde

Antecedentes familiares

Mãe \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

Antecedentes \_\_\_\_\_

Pessoais \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicação \_\_\_\_\_  
habitual \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Hábitos e estilos de vida

Tabágicos ☐                      Alcoólicos ☐                      Outros ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Nutricionais \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Autovigilância de TA ☐ Glicémia ☐  
saúde  
Outro ☐  
(especifique) \_\_\_\_\_

Alterações de visão Sim ☐ Não ☐

Alterações de audição Sim ☐ Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

Mobiliza-se com ajuda Sim ☐ Não ☐

Obs. \_\_\_\_\_

### 5. Sinais Vitais

TA \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Glicémia capilar \_\_\_\_\_

Dor – (Escala Numérica da Dor)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Caracterização \_\_\_\_\_

Duração \_\_\_\_\_

Comportamentos de exacerbação \_\_\_\_\_

Estratégias de alívio \_\_\_\_\_

### 6. Avaliação Breve do Estado Mental (*Mini Mental State Examination*) (Folstein et al, 1975, adaptado por Guerreiro e col, 1994)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta) - (0 a 10 pontos)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

## 2. Retenção

Vou dizer-lhe três palavras. Quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor.”

PERA GATO BOLA

“Repita as três palavras.” (1 ponto por cada palavra corretamente repetida) (0 a 3 pontos)

PERA \_\_\_\_\_

GATO \_\_\_\_\_

BOLA \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

## 3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta).- (0 a 5 pontos)

Se a pessoa der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(30)\_\_\_\_ (27)\_\_\_\_ (24)\_\_\_\_ (21)\_\_\_\_ (18)\_\_\_\_ (15)

Nota \_\_\_\_\_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) - (0 a 3 pontos)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar.”

PERA \_\_\_\_\_

GATO \_\_\_\_\_

BOLA \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

5. Linguagem (Dar 1 ponto por cada resposta correta) – (0 a 8 pontos)

a) “Como se chama isto?”

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

b) Repetir a frase: O RATO ROEU A ROLHA \_\_\_\_\_

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa (ou sobre a cama, se for caso). Dar a folha com as duas mãos (0 a 3 pontos)

Pega com a mão direita na folha \_\_\_\_\_

Dobra a folha ao meio \_\_\_\_\_

Coloca a folha onde deve \_\_\_\_\_

Nota \_\_\_\_\_

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.” Mostrar um cartão com a seguinte frase: “Feche os olhos”. Sendo analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase

Nota \_\_\_\_\_

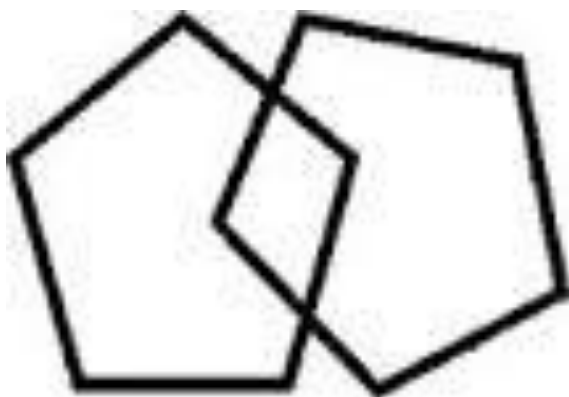
e) “Escreva uma frase inteira aqui.” Deve ter sujeito e verbo e ter sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. A frase deve ser escrita numa folha em branco

(se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado).

Nota \_\_\_\_\_

6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) - (0 a 1 ponto).

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Valores de corte para a população portuguesa:

Analfabetos: defeito < 15;

1 a 11 anos de escolaridade: defeito < 22;

Escolaridade superior a 11 anos de escolaridade: defeito < 27

## 7. Avaliação da Autonomia para a realização das AVD

<b>ÍNDICE DE BARTHEL</b> - Escala de avaliação de atividades da vida diária	
<b>1. Alimentação</b>	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por ex. para cortar alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0

<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do W.C.</b>	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira só)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e descer escadas</b>	
Independente com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo urinário</b>	
Controla perfeitamente mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
<b>Total</b>	

## 8. Autonomia para a realização das AIVD

Índice de Lawton-Brody (Adaptado de Lawton and Brody, 1969 por Sequeira, 2007)		
Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3

	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara os pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
<b>Total</b>		
8 pontos- Independente; 9 a 20- Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda;> 20- Severamente dependente, necessita de muita ajuda.		

## 9. Avaliação do estado nutricional

Utilizar *MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT*

## 10. Avaliação do equilíbrio e marcha – Índice de Tinetti (POMA I)

(*PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE*)

EQUILÍBRIO ESTÁTICO		Pontuação
1. EQUILÍBRIO SENTADO	0 – inclina – se ou desliza na cadeira	
	1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	
	2 – estável, seguro	

<b>2. LEVANTAR –SE</b>	0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa 2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	
<b>3. EQUILIBRIO IMEDIATO</b> (primeiros 5 segundos)	0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se) 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas	
<b>4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b>	0 – instável 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados >10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio 2 – pés próximos e sem ajudas	
<b>5. PEQUENOS DESIQUILIBRIOS NA MESMA POSIÇÃO</b> (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	0 – começa a cair 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2 – estável	
<b>6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>	0 – instável 1 – estável	
<b>7. VOLTA DE 360°</b> (2 vezes)	0 – instável (agarra – se, vacila) 1 – estável, mas dá passos descontínuos 2 – estável e passos contínuos	
<b>8. APOIO UNIPODAL</b> (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0 - não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto 1 – aguenta 5 segundos de forma estável	
<b>9. SENTAR-SE</b>	0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso 2 – seguro, movimento harmonioso	

		<b>Total:</b> ____/ 16
<b>EQUILIBRIO DINÂMICO MARCHA</b> –	<b>Instruções:</b> O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.	
<b>10. INÍCIO DA MARCHA</b> (imediatamente após o sinal de partida)	0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar 1 – sem hesitação	
<b>11. LARGURA DO PASSO</b> (pé direito)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio	
<b>12. ALTURA DO PASSO</b> (pé direito)	0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo	
<b>13. LARGURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)	0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio 1 – ultrapassa o pé direito em apoio	
<b>14. ALTURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)	0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	
<b>15. SIMETRIA DO PASSO</b>	0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico	
<b>16. CONTINUIDADE DO PASSO</b>	0 – pára ou dá passos descontínuos 1 – passos contínuos	
<b>17. PERCURSO DE 3m</b> (previamente marcado)	0 – desvia-se da linha marcada 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha 2 – sem desvios e sem ajudas	
<b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b>	0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do	



	tronco enquanto caminha 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>	0 – calcanhares muito afastados 1 – calcanhares próximos, quase se tocam se tocam	
		<b>Pontuação</b> ____/ 12
Total		<b>Pontuação total:</b> ____/ 28

### 11. Avaliar estado afetivo

Escala de Depressão Geriátrica (Short form GDS-15, Sheikh eYesavage, 1986, adaptada para português por Apóstolo, 2011)		
	SIM	NÃO
1-De uma forma geral, está satisfeito com a sua vida?	0	1
2-Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3-Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4-Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5-Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6-Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7-Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8-Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?	1	0
9-Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10-Sente que tem mais problemas de memória que os outros da sua idade?	1	0
11-Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12-Sente-se inútil?	1	0
13-Sente-se cheio de energia?	0	1
14-Sente-se sem esperança?	1	0
15-Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr/Sra?	1	0
<b>Total</b>		

**12. O que o preocupa mais na sua situação atual? Quais as expectativas relativamente à sua situação de saúde?**

---

---

---

---

---

---

---

**Muito obrigada pela colaboração**

## **APÊNDICE X - Contributos da formação**



## **Contributos da participação em ações de formação**

A transmissão de conhecimentos e a partilha de experiências entre profissionais são fundamentais numa prestação de cuidados de qualidade de enfermagem com vista à obtenção de ganhos em saúde, que podem ser considerados a satisfação com os cuidados prestados e a qualidade de vida das pessoas idosas.

No sentido do desenvolvimento de competências ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, participámos em alguns eventos formativos. Nomeadamente:

- Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica que se realizou a 18/10/2013;

Face ao envelhecimento da população novas preocupações sociais emergem o que explica a temática central deste encontro: A Reforma do Estado Social, a Saúde e o Envelhecimento. Foram debatidas as implicações do envelhecimento da população na sociedade, quais os recursos que dispomos e principalmente, qual o papel da formação dos profissionais de saúde, especificamente dos enfermeiros, perante este desafio.

- Sessão subordinada ao tema “Fragilidade: do conceito às novas intervenções em Geriatria” que decorreu no dia 31/10/2013;

Esta sessão, incluída num programa de sessões da Unidade Universitária de Geriatria, tal como o nome indica, além da explanação do conceito de fragilidade da pessoa idosa, essencial para a nossa prestação de cuidados foi também uma mais-valia na consolidação do projeto a que nos propusemos, implementação de avaliação multidimensional sistematizada no serviço usual da nossa prestação de cuidados. Nesta sessão podemos associar o conhecimento, de que também já estávamos munidos pela realização do nosso projeto, à experiência de uma equipa multidisciplinar direccionada para o cuidar geriátrico. Podemos questionar quanto aos instrumentos de avaliação da pessoa idosa considerados os mais adequados a um serviço de urgência, e relativamente à aplicação ou não, de uma avaliação multidimensional a todas as pessoas idosas.

- Conferência Internacional Sobre Envelhecimento que se realizou no dia 22/11/2013;

Dedicada à temática Saúde e Envelhecimento, foi mais um momento reflexivo relativamente aos desafios que o envelhecimento representa na área da saúde, e de que forma a formação pode contribuir no desenvolvimento de soluções para os problemas que enfrentamos.

- Encontro subordinado ao tema “Cuidados a Prestar na demência Uma Abordagem Prática e Integrada”, realizado em 28/11/2013.

Encontro direcionado não apenas para os profissionais de saúde mas para todos os cuidadores de pessoas com Alzheimer e para todos os indivíduos que se demonstrem interesse na formação nesta área.

Pelo elevado número de pessoas idosas com que nos deparamos diariamente no nosso contexto profissional e, por este ser no âmbito das neurociências, frequentemente nos encontramos perante utentes com doença de Alzheimer que, agravada pela situação de hospitalização, apresentam comportamentos para os quais temos dificuldade desenvolver intervenções. De salientar a metodologia utilizada neste encontro em que, em cada tema, a ênfase foi dada à discussão de casos específicos e partilha de experiências. A discussão de aspetos como a comunicação, a tomada de decisão/análise e resolução de problemas, os comportamentos da pessoa com doença de Alzheimer, intervenção nutricional, e ainda o Direito das pessoas em situação de incapacidade, entre outros, tornou a participação nesta ação de formação rica no desenvolvimento de competências face à pessoa com Alzheimer.

## **APÊNDICE XI - Planos de sessão**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO****Tema: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SU****Formador (a)(es): Fátima Coutinho****Local: SO NC      Data: 27/11 /2013      Hora: 15 h****Objetivo geral: Promover Avaliação Sistematizada da Pessoa Idosa no SO NC****Objetivos específicos:**

- Descrever alguns conceitos associados à Pessoa Idosa e processo de envelhecimento;
- Considerar importância da avaliação sistematizada da Pessoa Idosa no SU;
- Apresentar projeto a implementar no serviço;
- Descrever ISAR;
- Promover o envolvimento da equipa na implementação projeto.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR (ES)
1.Introdução <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação formadora;</li><li>• Apresentação objetivos da formação</li></ul>	Expositivo	Data show Power Point	2m	Fátima Coutinho
2.Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"><li>• Descrição de conceitos; Processo de Envelhecimento Vulnerabilidade Síndrome de Fragilidade do Idoso Avaliação Compreensiva Geriátrica Continuidade de cuidados</li><li>• Diagnóstico de situação;</li><li>• Pertinência do tema;</li><li>• Apresentação de projeto a implementar.</li></ul>	Expositivo	Data show Power Point	30m	Fátima Coutinho
3.Conclusão <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese</li></ul>	Expositivo	Data show Power Point	3m	Fátima Coutinho
4.Debate <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação de dúvidas/questões e discussão</li></ul>	Participativo	Entrega de ISAR e questionário a aplicar	15m	Formadora e formandos



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO****Tema: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SU****Local: SONC – A realizar a todos os enfermeiros de acordo com a sua disponibilidade, individualmente ou em grupo****Objetivo geral: Promover Avaliação Multidimensional Sistematizada da Pessoa Idosa no SO NC****Objetivos específicos:****-Apresentar dados referentes ao 1ºmês de aplicação de ISAR**

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR (ES)
1.Introdução <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação objetivos da formação</li></ul>	Expositivo		1m	Fátima Coutinho
2.Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação dos dados referentes à aplicação de ISAR no período compreendido de 5 Dez a 5 Jan</li><li>• Apresentação de dúvidas/questões e discussão</li><li>• Reflexão acerca da necessidade de estratégias seguintes</li></ul>	Expositivo/ Participativo	Computador/ Apresentação de gráficos	13m	Fátima Coutinho/ Formandos
3.Conclusão <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese</li></ul>	Expositivo/ Participativo		1m	Fátima Coutinho/ Formandos

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

**Tema:** Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no SU

**Local: SONC** - A realizar a todos os enfermeiros, individualmente, de acordo com a sua disponibilidade

**Formador (a)(es):** Fátima Coutinho

**Objetivo geral:** Promover Avaliação Multidimensional Sistematizada da Pessoa Idosa no SO NC

**Objetivos específicos:**

- Relembrar alguns conceitos associados à Pessoa Idosa, nomeadamente Avaliação Multidimensional e continuidade dos cuidados;
- Apresentar grelha de avaliação elaborada para avaliação multidimensional da pessoa idosa identificada como de risco
- Descrever grelha de avaliação elaborada para avaliação multidimensional da pessoa idosa identificada como de risco
- Promover envolvimento da equipa de enfermagem na aplicação de grelha de avaliação
- Apresentação de dossiê temático (Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa)

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR (a) (es)
1.Introdução <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação formadora;</li> <li>• Apresentação objetivos da formação</li> </ul>	Expositivo	Formadora	1m	Fátima Coutinho
2.Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação Multidimensional</li> <li>• Continuidade de cuidados</li> <li>• Apresentação, descrição e discussão de grelha de avaliação</li> <li>• Relevância da opinião dos enfermeiros da aplicação da grelha de avaliação e sugestões apresentadas na evolução da elaboração de grelha de avaliação definitiva</li> <li>• Apresentação de dossiê temático</li> </ul>	Expositivo/ Participativo	Formadora/ Participantes/ Grelha de avaliação/Dossiê com documentos relativos a avaliação multidimensional	20m	Fátima Coutinho
3. Conclusão <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese da sessão</li> </ul>	Expositivo	Formadora	3m	Fátima Coutinho
4. Apresentação e discussão de dúvidas/questões ( <u>ao longo de toda a sessão</u> )	Expositivo/ Participativo	Formadora / Formandos	15- 20m	Fátima Coutinho/ Formandos

## **APÊNDICE XII - Formação em *Power Point***



# Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no Serviço de Urgência

Autora : Maria de Fátima Coutinho  
Orientadora : Profª Emília Brito  
Co-orientadora: Enfª Manuela Teotónio

0. APRESENTAÇÃO 1. CONCEITOS 2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO 3. PERTINÊNCIA DO TEMA 4. APRESENTAÇÃO PROJETO

## Objetivos

- Descrever alguns conceitos associados à Pessoa Idosa e processo de envelhecimento;
- Considerar importância da avaliação sistematizada da Pessoa Idosa no SU;
- Apresentar projeto a implementar;
- Descrever escala ISAR;
- Promover o envolvimento da equipa na implementação projeto.

## ÍNDICE

- APRESENTAÇÃO
  - Contextualização
  - Objetivos da formação
- CONCEITOS
  - Envelhecimento
  - Vulnerabilidade
  - Síndrome de Fragilidade do Idoso
  - Avaliação Compreensiva Geriátrica
  - Continuidade dos cuidados
- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO
- PERTINÊNCIA DO TEMA
- APRESENTAÇÃO PROJETO
  - Finalidade
  - Objetivos
  - Objetivos Específicos e Atividades
  - ISAR

0. APRESENTAÇÃO 1. CONCEITOS 2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO 3. PERTINÊNCIA DO TEMA 4. APRESENTAÇÃO PROJETO

## Pessoa Idosa

- **Pessoa com 65 e mais anos** (DGS, 2004; INE)

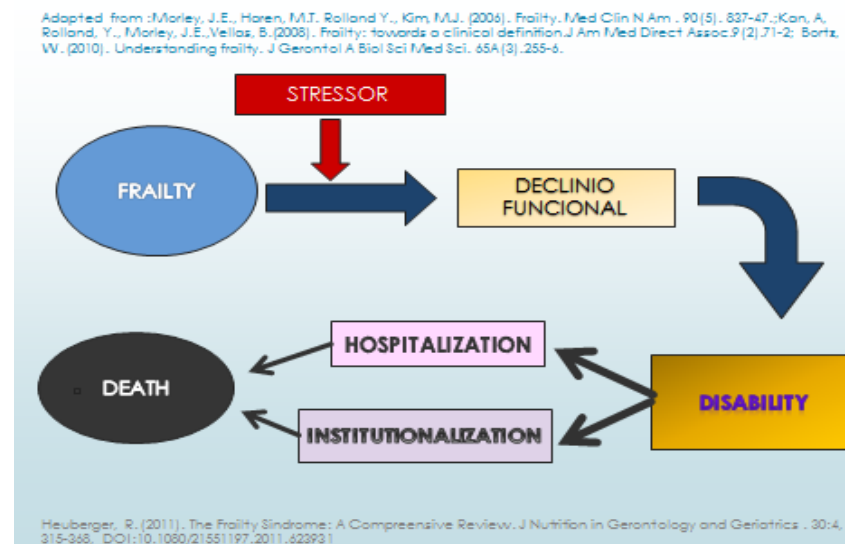
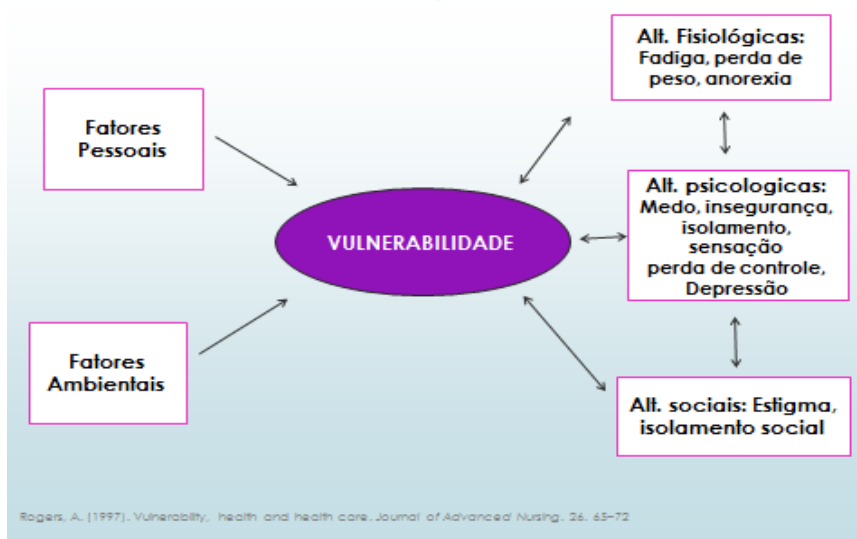
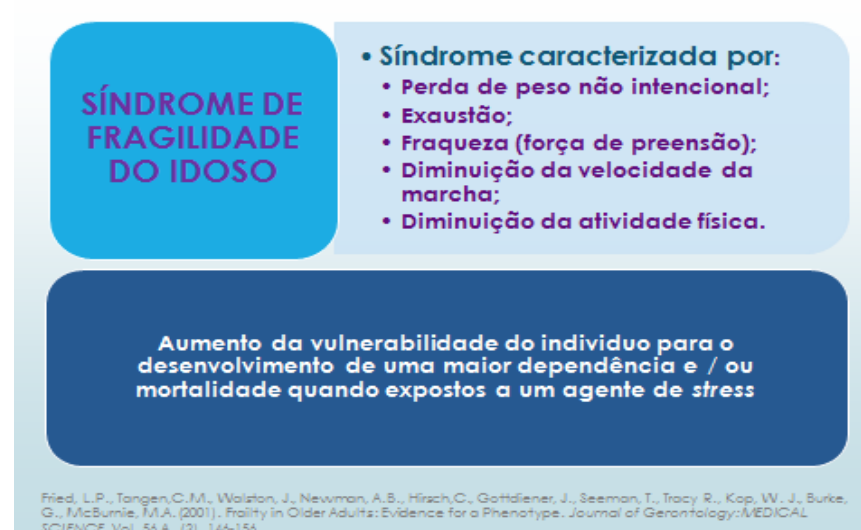
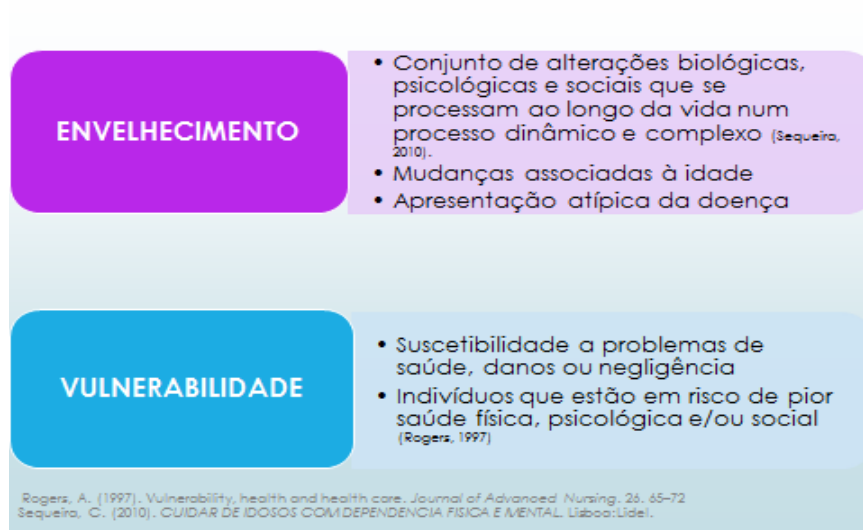
2011

- 19% da população com mais de 65 anos
- Índice de envelhecimento que aumentou de 102 em 2001 para 131 (INE, 2012);

2060

- Índice de envelhecimento de 307 (INE, 2014);
- Pop. com mais de 80 anos : 4,2 % pop total em 2008 para sensivelmente 15% (INE, 2009).

INE (2009). Projeções de População Residente - Portugal 2008 - 2060. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)  
INE (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)  
INE (2014). Projeções de população residente 2012-2060. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)



## AVALIAÇÃO COMPREENSIVA GERIÁTRICA

- Processo diagnóstico multidimensional, focado na determinação das necessidades clínicas, psicológicas e capacidades funcionais no sentido de desenvolver um plano integrado e coordenado de tratamento e follow-up

Identifica os problemas e os recursos: clínicos, funcionais, psicossociais e ambientais relacionando-os com um plano global de tratamento e acompanhamento

Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032-1036.

## AVALIAÇÃO COMPREENSIVA GERIÁTRICA

### OBJETIVOS:

Aumentar a precisão do diagnóstico

Orientar os tipos de intervenção

Diminuir risco iatrogénico

Selecionar medidas assistenciais

Adequar o prognóstico

Facilitar o acompanhamento

Facilitar desenvolvimento de estratégias preventivas

Melhorar a qualidade de vida

Veríssimo, M. J. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psico geriatria* (489-498). Coimbra: Almedina.

## AVALIAÇÃO COMPREENSIVA GERIÁTRICA

### AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA

Estado funcional

Saúde física

Funcionamento psicossocial

Recursos económicos e ambientais

Qualidade de vida e bem-estar

Sequeira, C. (2010). CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL. Lisboa: Uidel.

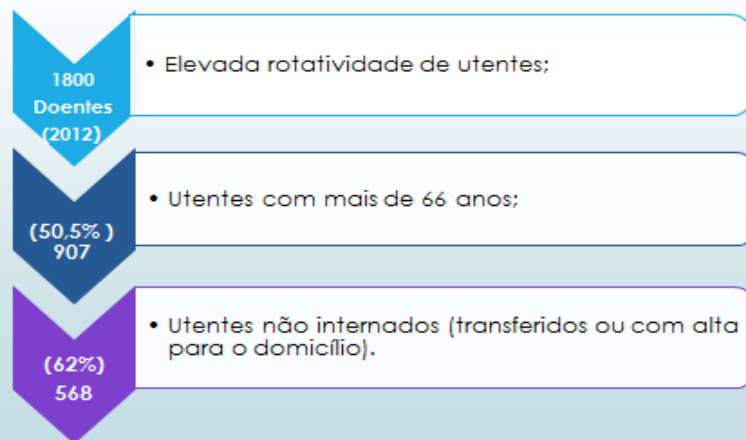
## AVALIAÇÃO COMPREENSIVA GERIÁTRICA



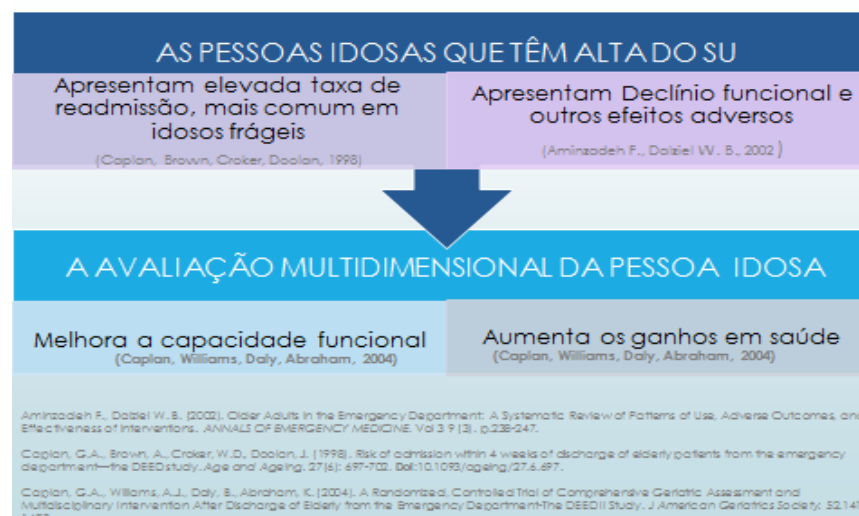
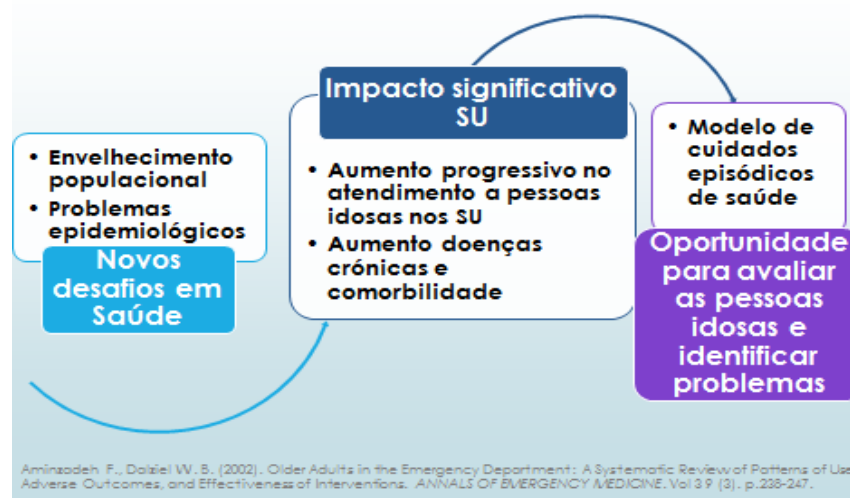
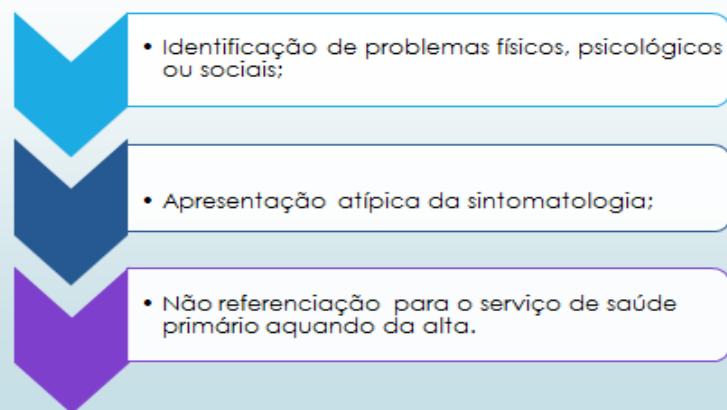
McClusker J., Jacobs P., Dendurk N., Latimer, J., Toungant P., Verdon J. (2003). Cost-Effectiveness of a Brief Two-Stage Emergency Department Intervention for High-Risk Elderly: Results of a Quasi-Randomized Controlled Trial. *ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE*, 41 (1), 45-56. Doi:10.1067/em.2003.4.

McClusker J., Dendurk N., Toungant P., Verdon J., de Couvud L.P., Bzile, E. (2003). Rapid Two-stage Emergency Department Intervention for Seniors: Impact on Continuity of Care. *ACAD EMERG MED*, Vol. 10, (3). Disponível em [www.aem.org](http://www.aem.org). Acesso em 1/04/2013.


## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO





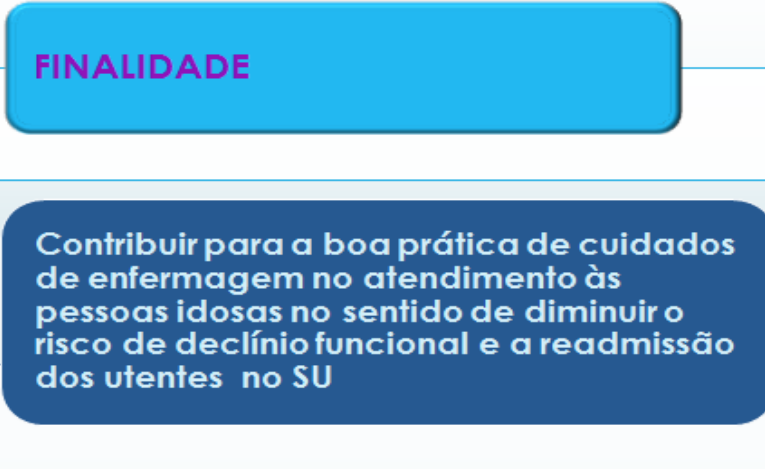


- A identificação das pessoas idosas de risco pode ser realizada no SU; (Aminzadeh, 2002)
- A articulação das atividades iniciadas no hospital com as ações desenvolvidas no período pós alta; (Sager, Rudberg, 1998)
- Promoção da continuidade dos cuidados. (McCusker, Verdon, Caplan, Meldon, Jacobs, 2002)

Aminzadeh F., Dabiel W. B. (2002). Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE*, Vol 3 9 (3). p.238-247.

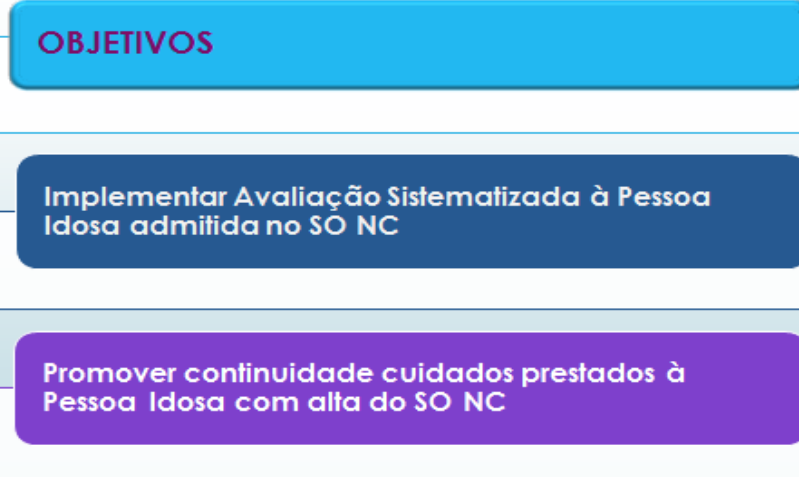
McCusker, J., Verdon, J., Caplan, G.A., Meldon, S.W., Jacobs, P. (2002). OLDER PERSONS IN THE EMERGENCY MEDICAL CARE SYSTEM. *Journal of American Geriatrics Society*, 50 (12), 2104-2104.

Sager, M.A., Rudberg, M.A. (1998). FUNCTIONAL DECLINE ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION FOR ACUTE ILLNESS. *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol.14(4), 669-679. Acessado em 18/03/2013



## FINALIDADE


Contribuir para a boa prática de cuidados de enfermagem no atendimento às pessoas idosas no sentido de diminuir o risco de declínio funcional e a readmissão dos utentes no SU



## OBJETIVOS

Implementar Avaliação Sistemática à Pessoa Idosa admitida no SO NC

Promover continuidade cuidados prestados à Pessoa Idosa com alta do SO NC



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Capacitar os enfermeiros para a avaliação multidimensional da pessoa idosa no SU

Identificar pessoas idosas de risco admitidas no SO NC

Promover Avaliação Multidimensional da pessoa idosa de risco com alta para o domicílio

Promover articulação entre o SO NC e unidades de saúde da comunidade

## ISAR (Identification of Seniors At Risk)

- Elaborada e testada para uma intervenção em dois passos, em que o objetivo é monitorizar, avaliar e intervir numa população idosa em risco de efeitos adversos após uma visita ao SU.

### O 1º passo desta intervenção é a identificação das pessoas idosas de risco

- Identificar os utentes que têm deficiência severa no momento em que visitam urgência;
- Identificar os utentes em risco de efeitos adversos em saúde.

A identificação precoce das pessoas idosas de risco vai permitir que sejam prestadas as ações de forma mais eficiente e dirigidas às necessidades dos utentes.

## ISAR (IPIR)

Validada para a população portuguesa;

Fácil e rápido preenchimento;

Constituída por 6 questões: Perda funcional, hospitalizações frequentes,, alterações visuais, alterações cognitivas e polimedicação;

Um score de 2 ou superior – pessoa idosa de risco aumentado de desenvolver efeitos adversos em saúde.

## ISAR (IPIR)

Aplicar a todos os utentes com 65 ou mais anos (verificar critérios de risco);

Verificar a preditividade de internamento.

Avaliação Multidimensional da  
Pessoa Idosa no Serviço de Urgência

**OBRIGADA**

**PELA**

**ATENÇÃO**

### **APÊNDICE XIII - Ficha de avaliação e tratamento de dados da formação**

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**ÁREA/UNIDADE/ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_

**Tema:** \_\_\_\_\_

**ACÇÃO TIPO:** ACTUALIZAÇÃO ☐ APRENDIZAGEM ☐ DURAÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FORMADOR(ES):** A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORDA TOTAL MENTE	DISCORDA	CONCORDA	CONCORDA TOTAL MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **Formadores** e a **Metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 - Insuficiente    2 - Suficiente    3 - Bom    4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interacção com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

### COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

## TRATAMENTO DE DADOS DE AÇÕES DE FORMAÇÃO

Estes dados referem-se às formações realizadas à equipa de enfermagem, para apresentação do projeto a implementar no Serviço de Observação Neurociências (SONC).

Como indicadores de avaliação da formação utilizámos a realização do número de ações pretendidas (duas) e a adesão dos enfermeiros (obtida através da relação do nº de enfermeiros que assistiram à formação/nº total de enfermeiros)

**Tabela1** - Participação dos enfermeiros nas sessões de formação

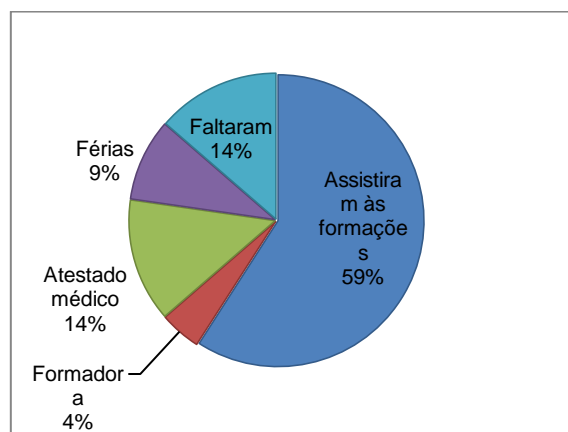
	Assistiram formação	Formadora	Ausência por férias	Ausência por doença	Ausência por maternidade	Não assistiram formação	Total enf.
Enf. coord. departamento NC	1						1
Enf. Chefe SO NC	1						1
Enfermeiros	11	1	2	2	1	3	20
Total	13	1	2	2	1	3	22

Nota: Relação dos enfermeiros que participaram nas duas ações de formação e dos que estiveram ausentes

Reportando-nos ao total das duas formações, 13 enfermeiros assistiram às formações: a enfermeira coordenadora do departamento de Neurociências, a enfermeira chefe e onze enfermeiros do serviço.

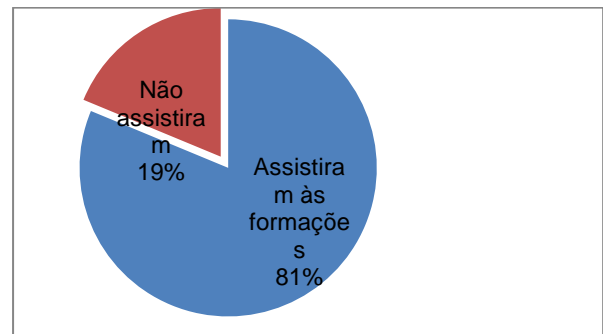
Dos restantes enfermeiros uma enfermeira foi a formadora; três encontravam-se ausentes, dois por motivo de doença e uma por maternidade e, por último, dois enfermeiros encontravam-se de férias. Três elementos não compareceram.

**Gráfico 1** - Distribuição dos enfermeiros relativamente frequência das sessões formação



Considerando como o nosso universo um total de 16 enfermeiros, constituído pela enfermeira coordenadora do departamento, enfermeira chefe e restantes elementos (excluindo os enfermeiros ausentes por doença, maternidade ou férias e a enfermeira formadora) temos uma adesão de 81% às sessões de formação.

**Gráfico 2** - Distribuição dos enfermeiros relativamente frequência das sessões formação



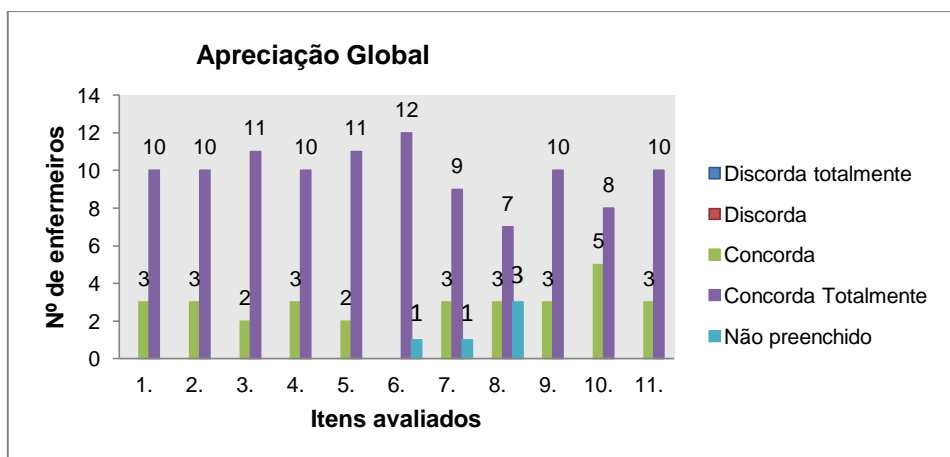
Aos elementos que não assistiram às sessões de formação por incompatibilidade de horário, assim como aos dois elementos de férias e um elemento de baixa, que entretanto se apresentou ao serviço, foram feitas sessões formativas individuais e a um grupo de dois enfermeiros com a duração de 30 m, de forma a cumprir os objetivos das formações anteriores.

Na avaliação das sessões em grupo foi utilizada a folha de avaliação em uso pelo departamento de formação em serviço do hospital.

A avaliação é constituída por 2 grupos: Apreciação global e metodologia utilizada. No primeiro grupo a opinião pode variar entre: Discorda totalmente; Discorda; Concorda ou Concorda Totalmente, consoante o grau de concordância com cada uma das afirmações. No 2º grupo, na metodologia é utilizada a escala: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom

Por uma questão de facilidade visual gráfica, porque os itens a avaliar nos dois grupos são bastantes, foi colocada uma tabela com a discriminação dos respetivos itens após cada gráfico.

**Gráfico 3 - Apreciação Global da sessão de formação**



**Quadro 2 – Itens avaliados na apreciação global**

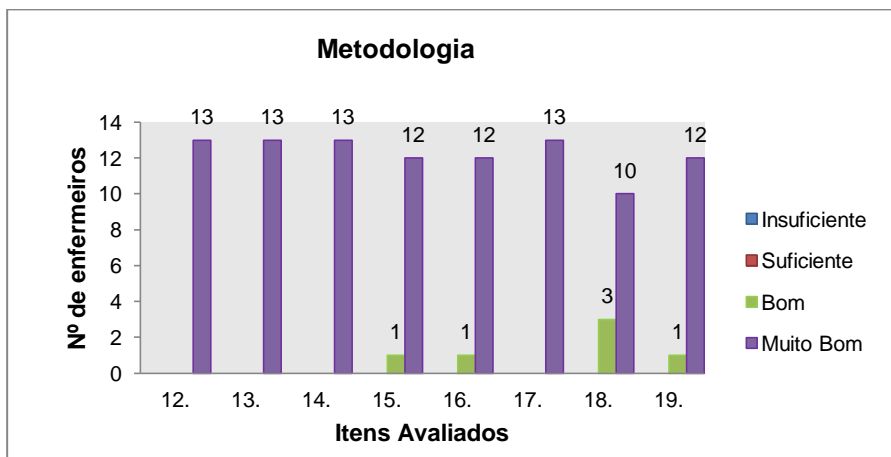
Itens avaliados Na APRECIÇÃO GLOBAL
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.
2. Os objetivos da formação foram atingidos.
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.
5. A teoria foi relacionada com a prática.
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.
10. A duração da formação foi adequada.
11. O horário da formação foi adequado.

**Nota:** Gráfico com avaliação relativamente à apreciação global das ações de formação e quadro com respetivos itens avaliados.

No item 8 (A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade) verificou-se o não preenchimento por parte de 3 enfermeiros (as). Tal fato pode ser explicado por não ter sido disponibilizada documentação em suporte de papel no momento das formações. A apresentação em *Power Point* ficou disponível num arquivo em computador, acessível a todos os enfermeiros e prepara-se um dossiê temático, onde será também colocada.

Da apreciação das duas sessões de formação realizada pode-se afirmar que os enfermeiros as consideraram de forma muito positiva. Consideradas com um bom nível técnico-pedagógico em que os objetivos estabelecidos foram atingidos e as expectativas foram satisfeitas. Foram também consideradas uteis para a atividade profissional e na aquisição e consolidação de conhecimentos, com a teoria bem relacionada com a prática.

**Gráfico 4 – Avaliação da Metodologia utilizada nas sessões de formação**



**Quadro 3 – Itens utilizados na avaliação da metodologia**

METODOLOGIA
12. Domínio dos conteúdos apresentados.
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.
16. Interação com o grupo.
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.
18. Gestão do tempo.
19. Pontualidade.

**Nota:** Gráfico com avaliação relativamente à metodologia utilizada nas ações de formação e quadro com respetivos itens avaliados

A avaliação feita relativamente à metodologia utilizada também foi muito positiva, com a maioria dos enfermeiros a considerar a metodologia utilizada e a atuação da formadora adequada. De referir apenas a opinião menos favorável de um enfermeiro(a) nos itens 15; 16 e 19; assim como a opinião de 3 enfermeiros (as) de apenas Bom na Gestão do tempo.



#### **APÊNDICE XIV - Pedido e autorização para utilização de escala ISAR**



Assunto: **RE: ISAR**

De: joao tavares <enf.joaotavares@hotmail.com>

Data: Dom, 21 Jul 2013 (20:56:21 WEST)

Para: Fátmia Coutinho ISAR <fatima\_coutinho@sapo.pt>

Cara Fátima

Envio o meu questionário com a ISAR.

Do que li, o seu projecto parece muito interessante.

Do estudo por mim realizado, os resultados sa ISAR não apresentavam valores estatisticamente significativos com a destino apos alta, mas pode ser que encontre outros resultados.

se precisar de alguma coisa, não hesite em contactar

abraço

joão Tavares

Date: Sun, 21 Jul 2013 12:09:35 +0100

>From:fatima\_coutinho@sapo.pt

>To:enf.joaotavares@hotmail.com

>Subject:ISAR

> Bom Dia

> Na sequência dos nossos contatos anteriores venho pedir se me

> disponibiliza a ISAR para a Implementação do meu projeto.

> Um dos objetivos do projeto é implementar uma avaliação multidimensional sistematizada

> à pessoa idosa que recorre ao SU, para o que programei fazer uma intervenção

> em 2 fases como preconizado pela evidência atual. Um 1º passo com

> identificação das pessoas idosas de risco e posteriormente uma avaliação de

> enfermagem com uma checklist ,ainda por elaborar ,seguida de

> referência para os cuidados de saude primários, se necessario. Se

> estiver interessado posso enviar mais dados.

> Peço desculpa de não ter dito nada até agora mas só agora é que o

> projeto está mais ou menos bem definido.

> Relativamente À questão de tentarmos avaliar a preditividade da ISAR

> para o internamento, falei com a minha orientadora e parece ser

> possivel, considerando até esses dados como indicadores de avaliação

> do projeto.

>

> Atenciosamente

> Fatima Coutinho

>



## **APÊNDICE XV - Escala ISAR e Questionário**



## ISAR

Identificação de pessoas idosas em

Situação de Risco

(Identification of Seniors At Risk)

Por favor responda SIM ou NÃO a cada uma destas questões

1. Antes da doença ou lesão/dano que o trouxe ao Serviço de Urgência (SU), precisava de alguém para o ajudar no dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2. Desde a doença ou lesão que o trouxe ao SU, precisou de mais ajuda do que normalmente precisava para cuidar de si?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
3. Esteve hospitalizado uma ou mais noites nos últimos 6 meses (excluindo a vinda ao SU)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
4. Em geral, vê bem?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
5. Em geral, tem problemas sérios/graves com a memória?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
6. Diariamente toma mais de três medicamentos diferentes?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
	Total	

Fonte de informação	
<input type="checkbox"/> Utente orientado no tempo e no espaço	
<input type="checkbox"/> Utente orientado no tempo e no espaço mas incapaz de responder (ex. Afasia de expressão, etc )	Acompanhante não disponível
<input type="checkbox"/> Utente desorientado no tempo e no espaço	Acompanhante disponível
<input type="checkbox"/> Utente desorientado no tempo e no espaço	Acompanhante disponível, mas não sabe responder
<input type="checkbox"/> Utente desorientado no tempo e no espaço	Acompanhante não disponível*
* <i>Score</i> positivo	

## QUESTIONÁRIO SOCIO DEMOGRÁFICO

Hora de admissão Hospital:

Hora de admissão SO NC:

Motivo de admissão:

Assinalar caso se verifique:

**QUEDA** ☐

**Incapacidade funcional severa** ☐

**Readmissão SO NC** ☐

Prioridade:

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul

Proveniência:

☐ Domicílio

☐ Lar

☐ Centro de dia

☐ Centro de saúde

☐ Hospital

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Sexo:

Acompanhante (SO NC):

☐ Sim ☐ Não

Idade:

Com quem vive?

☐ Sozinho(a)

☐ Cônjuge

☐ Filho(a)

☐ Institucionalizado

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja sim:

☐ Familiar: \_\_\_\_\_

☐ Profissional de saúde: \_\_\_\_\_

☐ Profissional de instituição social

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Número de Medicamentos que  
toma: \_\_\_\_\_

Gestão da terapêutica:

☐ Próprio

☐ Familiar: \_\_\_\_\_

☐ Profissional de saúde

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Destino final:

☐ Domicílio;

☐ Lar

☐ Internamento

☐ Outro hospital

Hora de saída (SO NC)

**OBS.**



## **APÊNDICE XVI - Manual de aplicação de escala ISAR**

## DESCRIÇÃO E GUIA DE UTILIZAÇÃO DE ISAR<sup>1</sup>

### 1. ISAR - Identification of seniors at risk

Escala elaborada e testada para uma intervenção em 2 passos, em que o objetivo é monitorizar, avaliar e intervir numa população idosa em risco de efeitos adversos em saúde<sup>2</sup> após uma visita ao Serviço de Urgência (SU) sendo o 1º passo a implementação desta escala. A ISAR, não sendo um instrumento de diagnóstico, permite a identificação precoce de idosos em risco aumentado de desenvolver efeitos adversos em saúde, que podem beneficiar de uma avaliação mais detalhada, possibilitando aos profissionais de saúde promover as intervenções mais adequadas às necessidades destes utentes, associado a uma gestão eficiente dos recursos clínicos.

#### 1.1.OBJETIVOS

Instrumento de monitorização que tem como objetivos:

- Identificar idosos com incapacidade severa no momento da admissão no SU;
- Identificar idosos em risco de desenvolver resultados adversos em saúde durante os 6 meses após a visita ao SU.

#### 1.2. DESCRIÇÃO

Constituída por 6 questões, que refletem os mais usuais e frequentes problemas dos idosos observados nos SU:

- Perda funcional;
- Hospitalização frequente
- Alterações visuais;
- Alterações cognitivas;
- Polimedicção.

---

<sup>1</sup> Adaptado do manual de utilização e implementação original (St. Mary's Hospital Center (2000). ISAR: A Screening tool for seniors in the Emergency department at Increase Risk of Adverse Outcomes Guide to Use and Implementation. Disponível em <http://seniorfriendlyhospitals.ca/files/>).

<sup>2</sup> Efeitos adversos em saúde - Declínio funcional, recorrência ao SU, internamento, institucionalização, morte (Aminzadeh F., Dalziel W. B. (2002). Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE*. 39 (3). 238-247. DOI:10.1067/mem.2002.121523).

1. Antes da doença ou lesão/dano que o trouxe ao Serviço de Urgência (SU), precisava de alguém para o ajudar no dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> SIM	1
	<input type="checkbox"/> NÃO	0
2. Desde a doença ou lesão que o trouxe ao SU, precisou de mais ajuda do que normalmente precisava para cuidar de si?	<input type="checkbox"/> SIM	1
	<input type="checkbox"/> NÃO	0
3. Esteve hospitalizado uma ou mais noites nos últimos 6 meses (excluindo a vinda ao SU)?	<input type="checkbox"/> SIM	1
	<input type="checkbox"/> NÃO	0
4. Em geral, vê bem?	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b>	<b>0</b>
	<input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	<b>1</b>
5. Em geral, tem problemas sérios/graves com a memória?	<input type="checkbox"/> SIM	1
	<input type="checkbox"/> NÃO	0
6. Diariamente toma mais de três medicamentos diferentes?	<input type="checkbox"/> SIM	1
	<input type="checkbox"/> NÃO	0

Cada questão é de resposta dicotómica, SIM ou NÃO, sendo contabilizada com 1 ou 0 valores, respetivamente. Exceto na pergunta 4 em que esta pontuação se inverte, o SIM pontua 0 valores e o NÃO 1 valor.

A preencher no momento da admissão do utente, por ser mais fácil a colheita de dados. No entanto pode ser preenchida durante todo o período de permanência do idoso no SO NC, até ao momento da alta.

A fonte de informação para a recolha de dados pode ser o utente ou o acompanhante.

Na pergunta 3 (Esteve hospitalizado uma ou mais noites nos últimos 6 meses (excluindo a vinda ao SU)?) considera-se **hospitalização** sinónimo de **internamento** e não apenas uma vinda ao hospital. No caso de o idoso ter estado no SO NC nos 6 meses anteriores a esta vinda atual, e devido às características e especificidade deste serviço, deve ser considerado como internamento uma permanência superior a 48h.

Na pergunta 4 (Em geral, vê bem?), deve ser considerado, se necessário, o uso de óculos. A questão pode ser reformulada como: Utilizando os seus óculos, considera que vê bem?

### 1.3. POPULAÇÃO ALVO

Todos os idosos (indivíduos com 65 ou mais anos)<sup>3</sup> que recorram ao SO NC.

### 1.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Idosos confusos sem acompanhante.

## 2. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**NOTA:** Preencher questionário socio demográfico a **todos os indivíduos**. Assinalar a razão da não aplicação da ISAR na *box* da fonte de informação ou em **OBS**.

No campo **Readmissão em SO NC** considera-se o início da aplicação da ISAR, dia 9/12/2013 às 8h.

Considerando a especificidade do serviço, para assinalar **queda**<sup>4</sup> é necessário que esta seja a causa do evento que traz o idoso ao SO NC ou não decorra de uma situação prévia (ex. levantar do leito e verificar-se queda por hemiparesia não conhecida). Excluem-se

situações de AVC agudo, crise convulsiva e acidentes de viação por atropelamento (Masud & Morris, 2001<sup>5</sup>)

Considera-se **Incapacidade funcional severa**<sup>6</sup> dependência em  $\geq 3$  Atividades básicas de vida (AVD<sup>7</sup>).

No campo **OBS**. pode, ainda, ser colocado qualquer informação que suscite dúvidas.

---

<sup>3</sup> Posição adotada pela Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Disponível <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

<sup>4</sup> De acordo com a Organização Mundial de Saúde queda é um evento que resulta na posição inadvertida de uma pessoa, no chão ou outro nível inferior ao que se encontrava anteriormente (World Health Organization 2007. WHO global report on falls prevention in older age. World Health Organization: Geneva. Disponível em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/falls\\_prevention.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1). Acedido em 15/11/2013.

<sup>5</sup> Masud, T., Morris, R.O. (2001). Epidemiology of falls in: Falls and Postural Stability. *Age and Ageing*, 30 (S4), 3-7. doi: 10.1093/ageing/30.suppl\_4.3.

<sup>6</sup> Na incapacidade funcional severa usou-se o mesmo critério que no estudo de Blaum, Ofstedal, Langa, Wray (2003), deficiência em 3 ou mais atividades de vida, sendo apenas consideradas as atividades básicas de vida e não as atividades instrumentais ao contrário do referido estudo (Blaum, C. S., Ofstedal, M.B., Langa, K. M., Wray L.A. (2003). Functional Status and Health Outcomes in Older Americans with Diabetes Mellitus. *American Geriatrics Society Journal*, 51, 745–753. Disponível em *Medline with full text* através de *EBSCOHOST*).

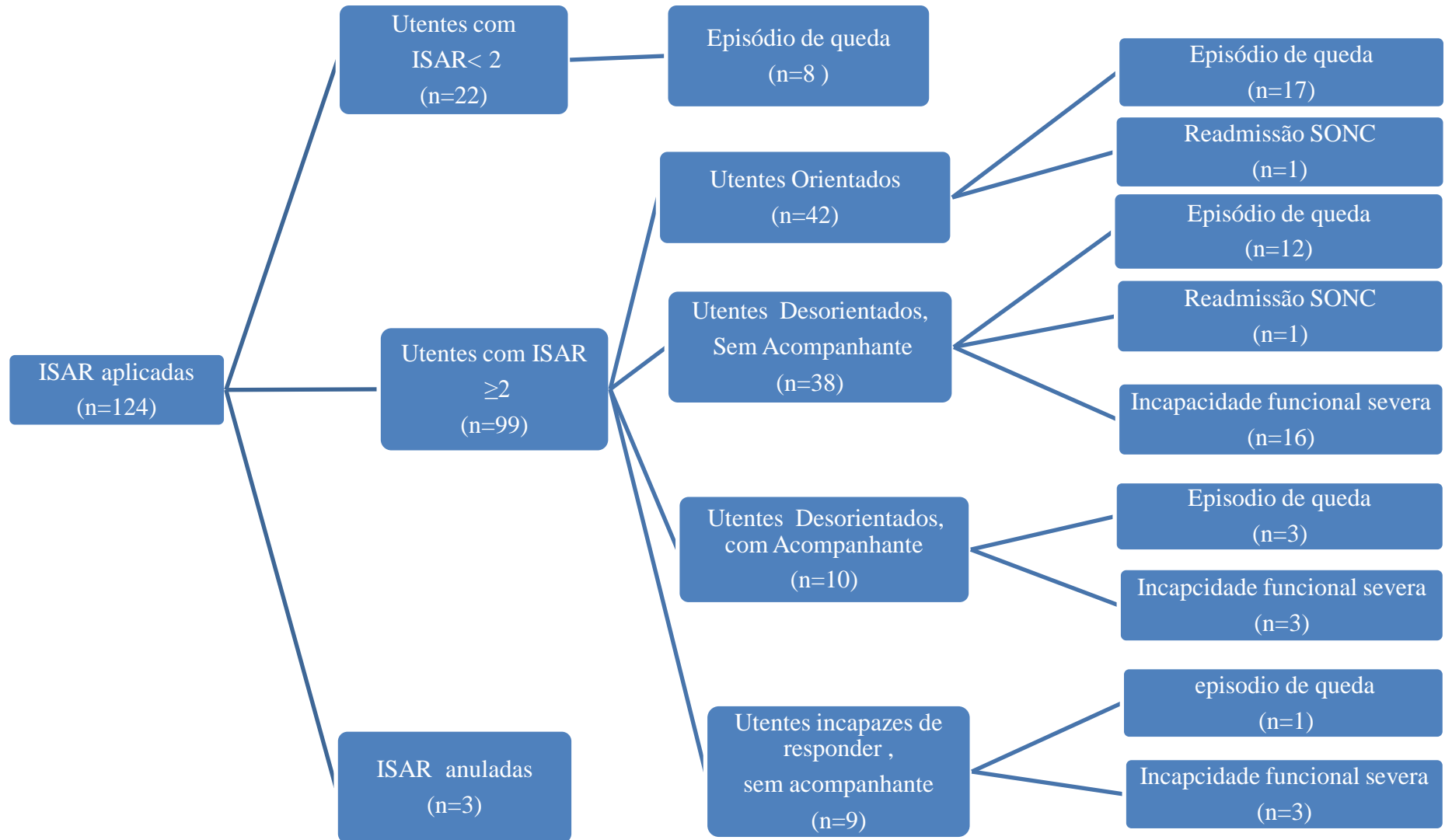
<sup>7</sup> AVD – De acordo com Baltes et al (1999) citado por Sequeira (2010) definem-se pelo conjunto das atividades quotidianas essenciais, realizadas regularmente no sentido de manter a independência de um indivíduo no seu meio habitual.

De acordo com a literatura (Fricke J. (2010). Activities of Daily Living. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/37/>) e aceite pela Ordem dos Enfermeiros (OE. (2011). Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Parecer Nº 12/2011. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)) consideram-se 6 AVD: Higiene pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários; Vestuário; Alimentação; Locomoção e Transferência.

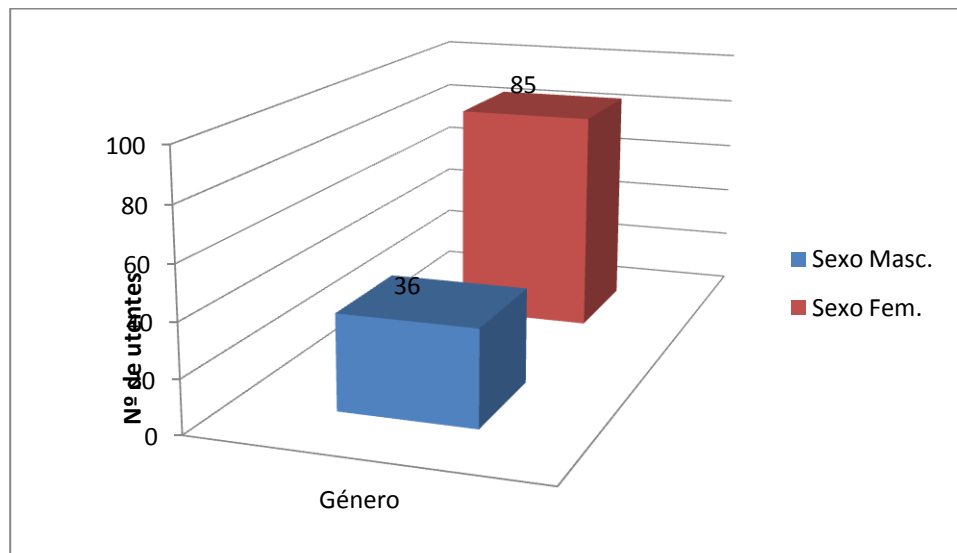
## **APÊNDICE XVII - Tratamento de dados do 1º mês de aplicação de escala ISAR**



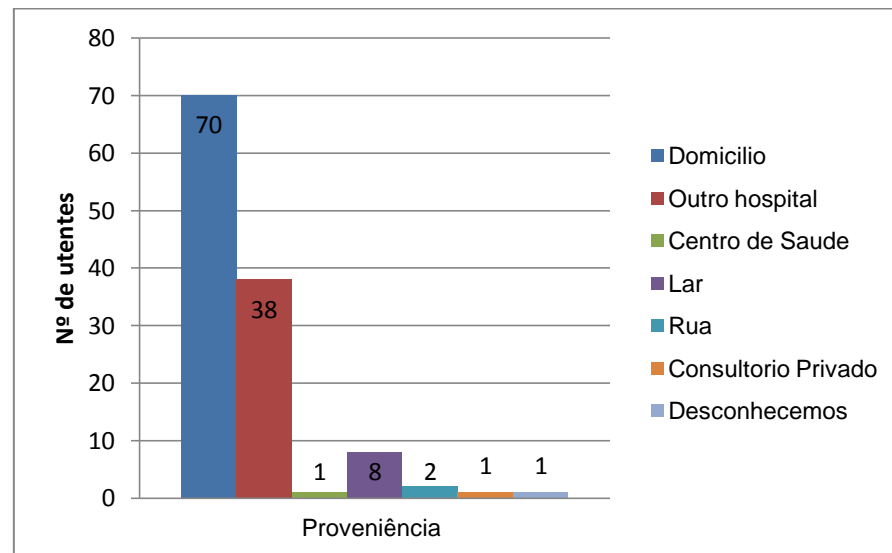
RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE ISAR NO PERÍODO DE 9/12/2013 A 5/01/2014 (INCLUSIVE)



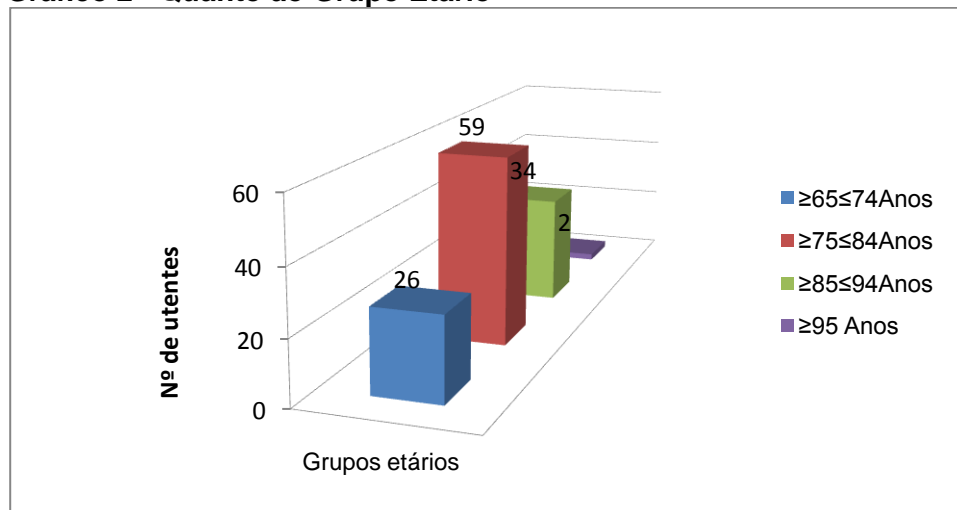
**Gráfico 1 - Quanto ao Género**



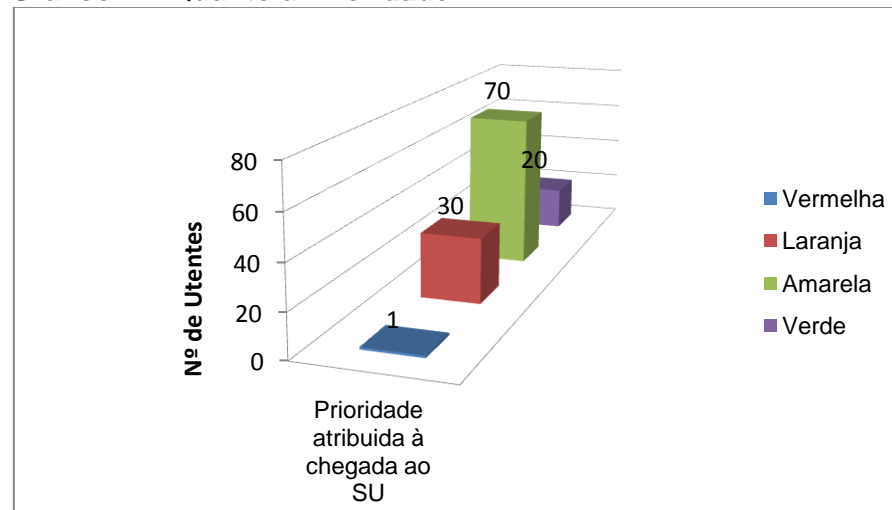
**Gráfico 3 - Quanto à Proveniência**



**Gráfico 2 - Quanto ao Grupo Etário**

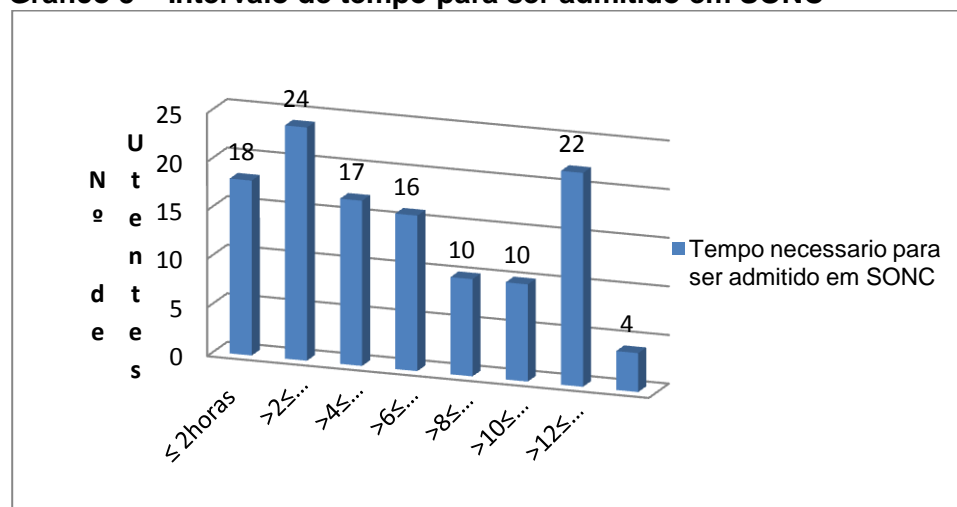


**Gráfico 4 - Quanto à Prioridade**

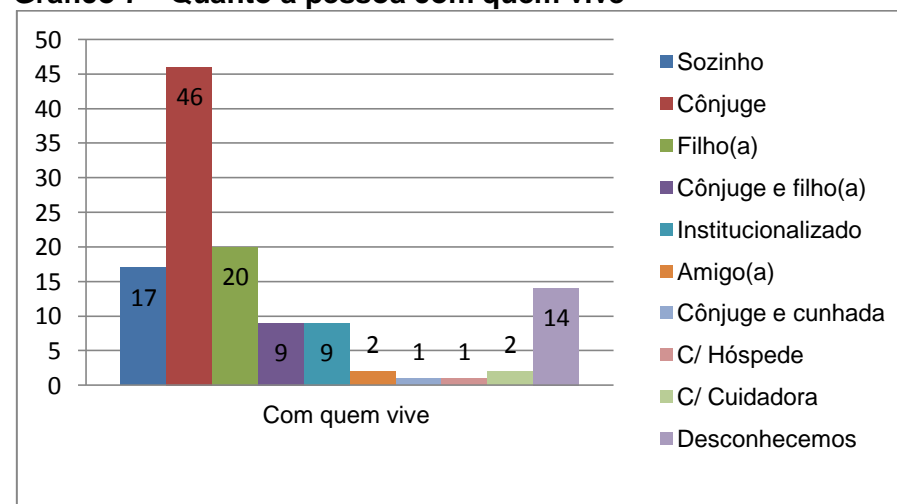




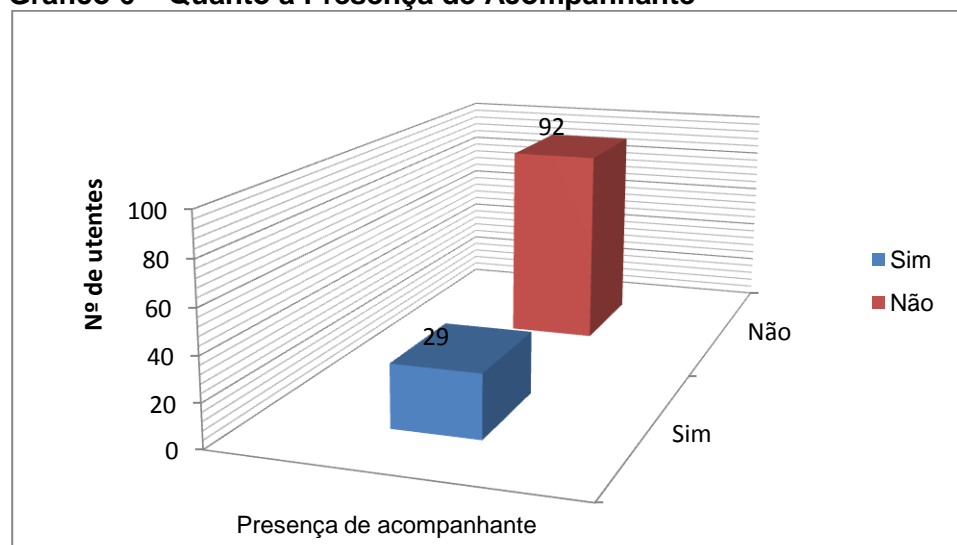
**Gráfico 5 – Intervalo de tempo para ser admitido em SONC**



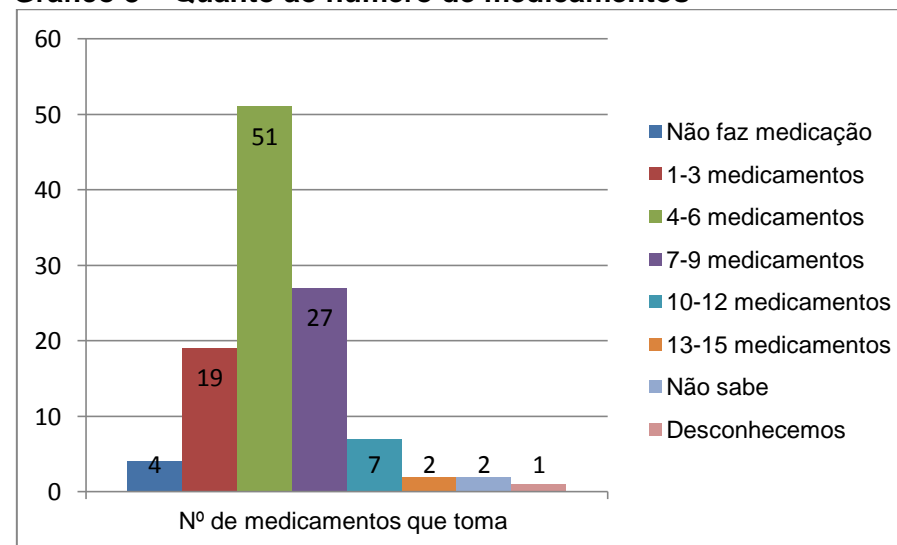
**Gráfico 7 – Quanto à pessoa com quem vive**



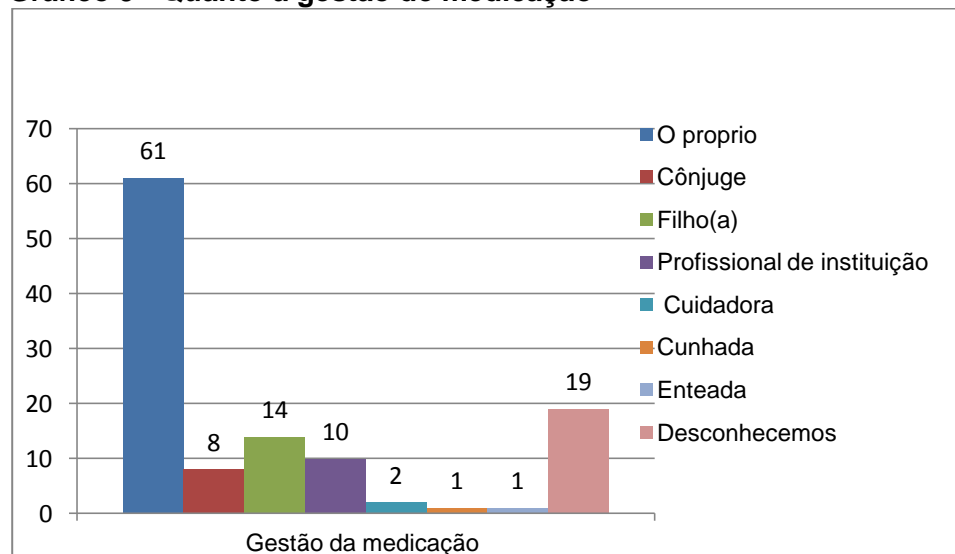
**Gráfico 6 – Quanto à Presença de Acompanhante**



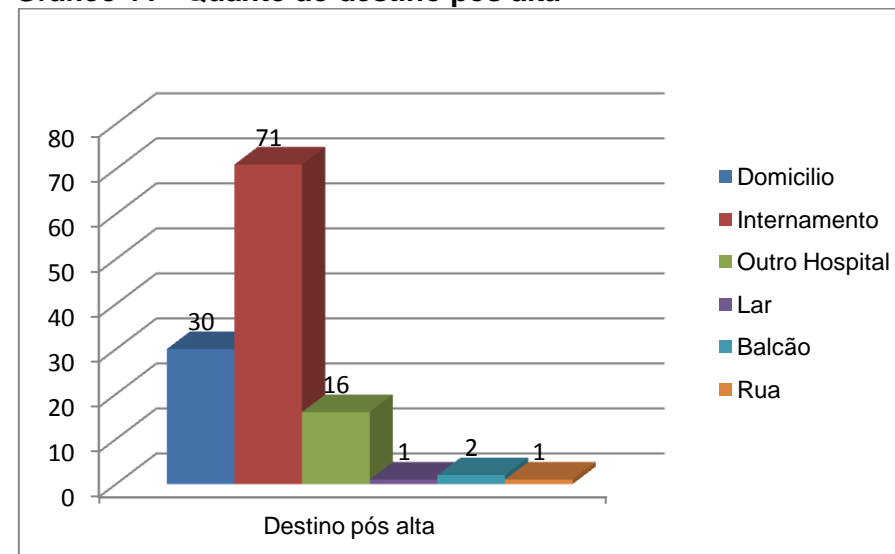
**Gráfico 8 – Quanto ao número de medicamentos**



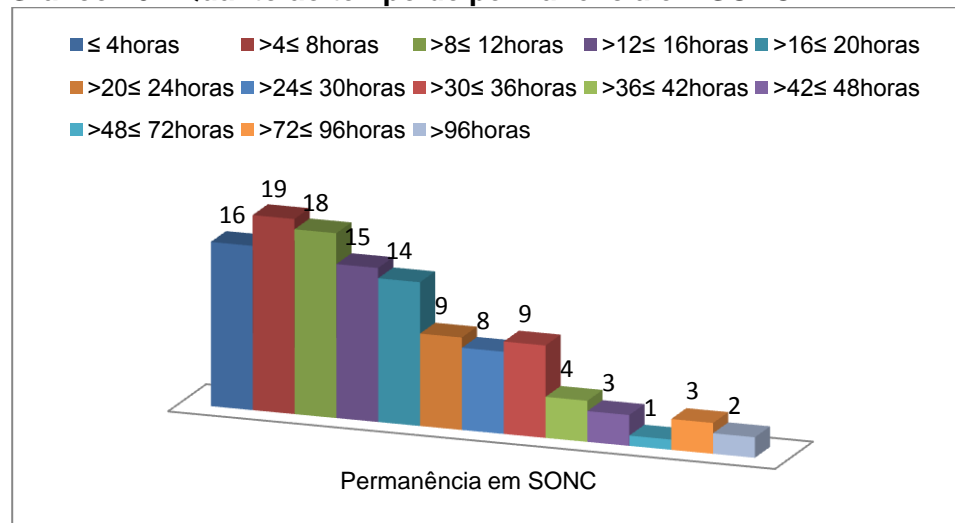
**Gráfico 9 - Quanto à gestão de medicação**



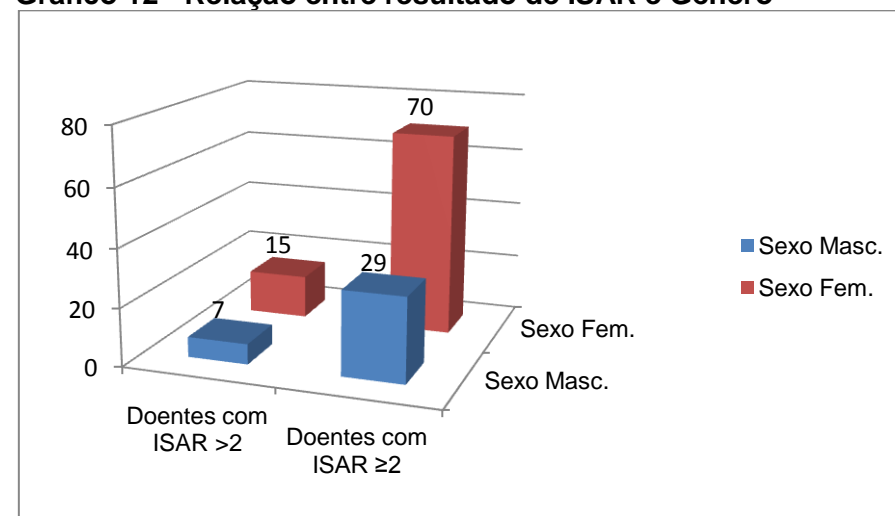
**Gráfico 11 - Quanto ao destino pós alta**



**Gráfico 10 - Quanto ao tempo de permanência em SONC**



**Gráfico 12 - Relação entre resultado de ISAR e Género**



**APÊNDICE XVIII - Tratamento de dados obtidos durante período de aplicação de  
escala ISAR**



## **RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO *IDENTIFICATION OF SENIORS AT RISCK (ISAR)* E QUESTIONÁRIO**

### **NOTA INTRODUTÓRIA**

Os resultados apresentados resultam da aplicação da escala ISAR e de um questionário. Este último foi elaborado no sentido de caracterizar socio demograficamente a população idosa admitida no Serviço de Observação de Neurociências (SONC), e conhecer algumas características que se podem revelar pertinentes no funcionamento do referido serviço.

A recolha de dados decorreu de 9/12/2013 a 31/01/2014. Na análise de dados utilizou-se o programa *Office Excel* 2007 da *Microsoft*.

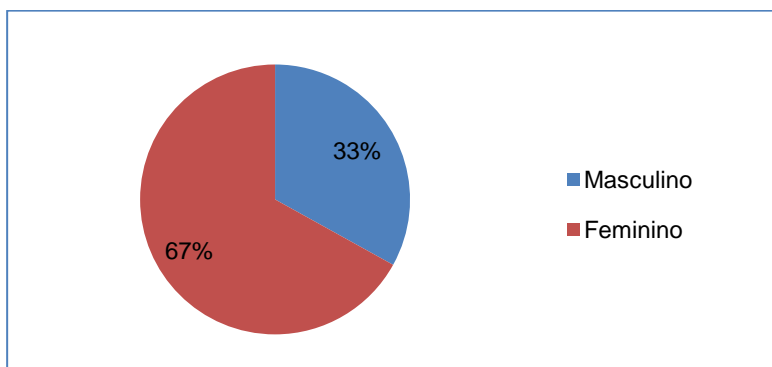
### **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Neste período, de acordo com dados fornecidos pelo gabinete de estatística do hospital a que pertence o serviço de implementação deste projeto, verificaram-se 335 admissões de utentes com idade igual ou superior a 65 anos. Estes números compreendem os utentes da área da Neurocirurgia (NC), Neurologia (NL) e ainda, por condicionantes do hospital, utentes da área de Medicina Interna, admitidos já transferidos para serviço de Medicina mas a aguardar vaga no respetivo serviço.

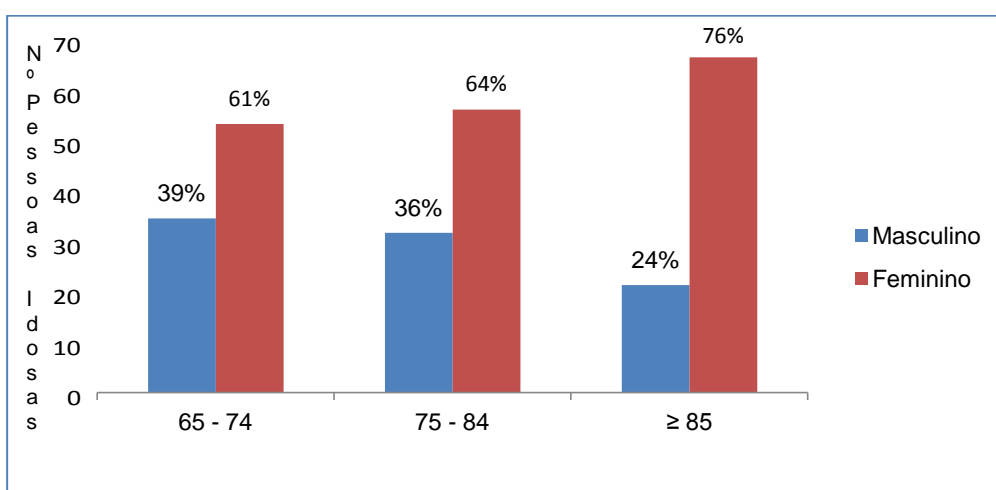
Foram aplicadas 239 escalas ISAR e respetivo questionário de caracterização, ou seja a 71,3% das pessoas idosas admitidas. Foram anuladas três por mau preenchimento, sendo o número total de pessoas idosas a quem foi aplicada escala e questionário 236, sensivelmente 70,4% do total de pessoas idosas admitidas no referido período. Número que permite confirmar o envolvimento dos restantes enfermeiros, fundamental num projeto que se pretende de uma equipa.

Os dados obtidos são seguidamente apresentados.

**Gráfico 1 - Distribuição das Pessoas Idosas por sexo**

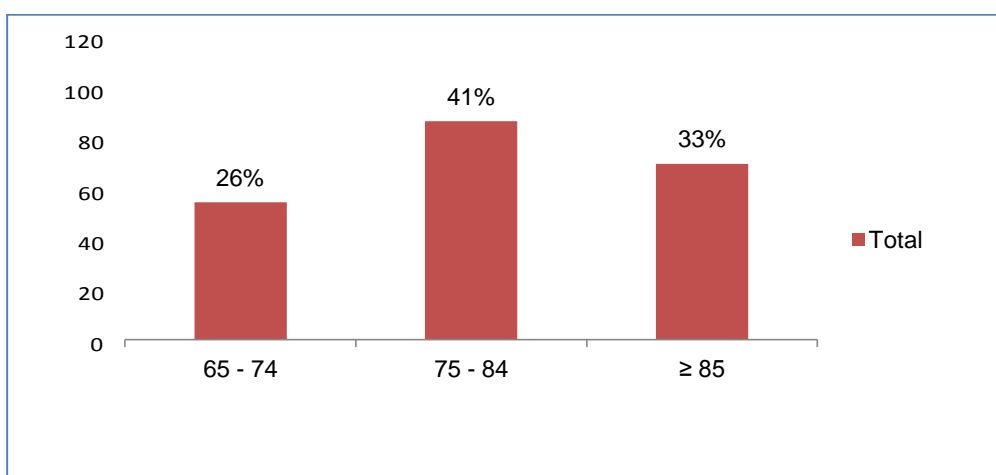


**Gráfico 2 - Distribuição das Pessoas Idosas por sexo e por grupos de idades**



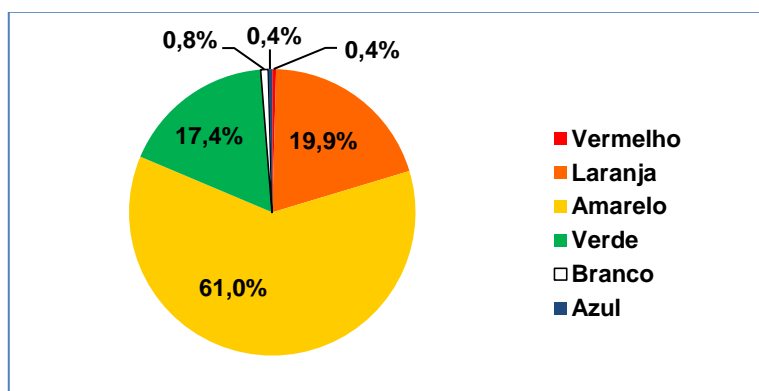
Na caracterização sociodemográfica das pessoas idosas admitidas no SONC, como podemos observar nos gráficos 1 e 2, verificamos que a nossa população é essencialmente do sexo feminino (67%), tal como também identificado no estudo de (McCusker, Cardin, Bellavance, Belzile, 2000), independentemente do subgrupo etário considerado, embora ainda mais representativo em idades mais avançadas.

**Gráfico 3 - Distribuição das Pessoas Idosas por grupos de idades**



Na distribuição das pessoas idosas por grupo etário, verificamos no gráfico 3 que 41% estão situadas no subgrupo 75-84 anos.

**Gráfico 4** – Distribuição das Pessoas Idosas de acordo com a prioridade atribuída na admissão no SU



Considerando a prioridade atribuída na admissão no Serviço de Urgência (SU), de acordo com a Triagem de Manchester e como se pode observar no gráfico 4, verificamos que 61% das pessoas idosas são triadas com amarelo, logo seguida de 19,9% laranja e 17,4 verde, com os restantes 1,6% distribuídos por branco (0,8%) vermelho e azul (0,4 % cada).

**Tabela 1** - Distribuição das Pessoas Idosas de acordo com o tempo necessário para admissão em SONC

Tempo Admissão (Intervalo-horas)	n	%
≤ 2	35	14,8%
> 2 e ≤ 4	52	22,0%
> 4 e ≤ 6	38	16,1%
> 6 e ≤ 9	43	18,2%
> 9 e ≤ 12	22	9,3%
> 12 e ≤ 15	19	8,1%
> 15 e ≤ 24	19	8,1%
> 24 e ≤ 48	8	3,4%
> 48	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100,0%</b>

De acordo com os dados da tabela 1, o tempo que medeia a admissão da pessoa idosas no SU do hospital e a admissão em SONC é variável. Verificam-se tempos de permanência em SU desde inferior a 2 horas até inferior ou igual a 48h, registrando-se valores bastante

expressivos no subgrupo ( $> 2$  e  $\leq 4$ ) e ( $> 6$  e  $\leq 9$ ). Perceber a que se deve esta variação implica um estudo de diversas variáveis que ultrapassam o âmbito deste trabalho. No entanto é pertinente dizer que até à admissão da pessoa idosa no SONC pode verificar-se a observação por clínicos de diversas especialidades e a realização de mais ou menos exames complementares de diagnóstico, o que por si só pode ajudar a explicar esta variabilidade.

**Tabela 2 - Motivo de admissão em SONC**

Motivo de Admissão	Utentes	
	n	%
Traumatismo de Crânio	59	25
Défices neurológicos focais	50	21
Prostração/Alteração estado de consciência	23	9,8
Crise convulsiva	19	8,1
Lesão cerebral	16	6,8
Alteração de comportamento/Confusão	13	5,5
Desequilíbrio	11	4,7
Cefaleias	7	3
Tumor intracraniano	6	2,5
Dispneia	5	2,1
Síndrome vertiginoso/Tonturas/Vertigens/Desequilíbrio	5	2,1
Lipotimia/Síncope	4	1,7
Alterações da memória	3	1,3
Complicações Pós-operatórias de cirurgia craniana	2	0,8
Descompensação cardíaca	2	0,8
Indisposição	2	0,8
Precordialgia	2	0,8
Queixas algícas da coluna vertebral	2	0,8
Crise hipertensiva	1	0,4
Dor abdominal	1	0,4
Infeção respiratória	1	0,4
ITU	1	0,4
Lesão lombar	1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100</b>

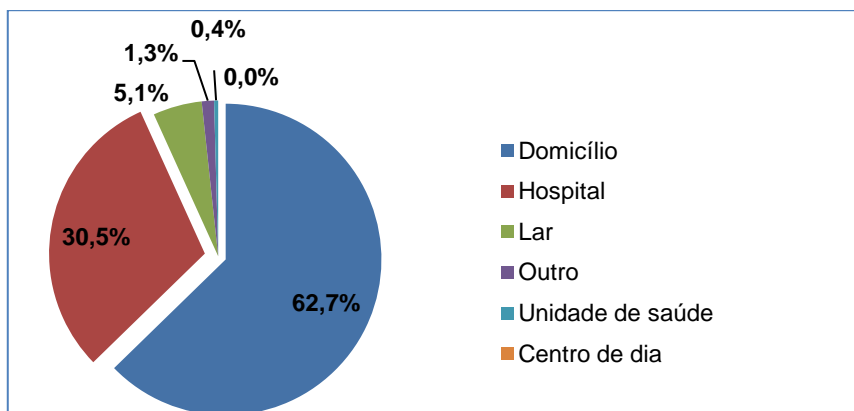
Legenda: ITU= Infeção do Trato Urinário

Ao tentarmos identificar o motivo de vinda ao SU deparamo-nos com diversos motivos que podem ser visualizados em pormenor na tabela 2. Destacam-se os motivos de admissão Traumatismos de crânio, Défices neurológicos focais, Alteração do estado de consciência com prostração e crises convulsivas, facilmente entendíveis devido à especificidade do serviço em questão, área de Neurociências.



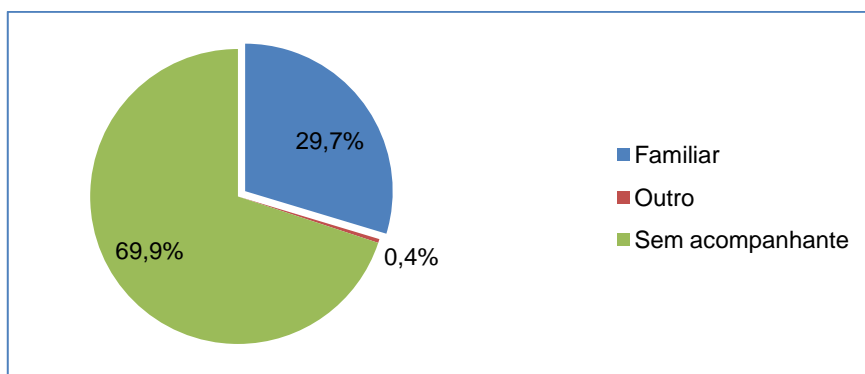
Associado encontram-se, em reduzido número, diversos motivos de admissão da área da medicina interna, explicáveis pela admissão de utentes a aguardar vaga em serviço de Medicina.

**Gráfico 5** - Distribuição das Pessoas Idosas de acordo com proveniência



Da análise do gráfico 5, constatamos que as pessoas idosas admitidas no SONC são provenientes na sua maioria do domicílio (62,7%), e referenciadas de outro hospital (30,5%). Referenciados por serviços da comunidade verifica-se em primeiro lugar a proveniência de lares/casas de repouso (5,1%), seguido, em número muito reduzido, da proveniência de unidades de saúde (0,4%). Dados compatíveis com estudo realizado por Tavares (2012), aquando da realização da tradução e validação da escala ISAR para a língua portuguesa. No subgrupo Outro, foi considerada a referenciação por clínicos através da consulta em unidades de saúde privadas. Não se verificou neste período nenhuma referenciação direta por centros de dia.

**Gráfico 6** - Distribuição das Pessoas Idosas quanto à presença de acompanhante



À chegada ao SONC verifica-se que, relativamente à presença de acompanhante (Gráfico 6), as pessoas idosas se apresentam na sua maioria sem acompanhante (69,9%).

Esta situação, talvez possa ser explicada em alguns casos, pelo fato de os utentes já terem estado no SU e os acompanhantes terem sido informados da situação e encaminhamento, e até aconselhados a ir embora. Após as 23h, por diretiva do hospital e devido a questões de segurança, os familiares não podem acompanhar os utentes ao se verificar a saída do SU para outro serviço, nomeadamente para o SONC.

**Tabela 3** – Distribuição das Pessoas Idosas relativamente à presença de acompanhante e relação de parentesco

<b>Acompanhante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiar	70	29,7
Profissional de saúde	0	0
Profissional de instituição	0	0
Outro	1	0,4
Sem acompanhante	165	69,9
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100</b>

Analisando a tabela 3 verificamos que, quando acompanhadas, em 29,7% dos casos os acompanhantes são familiares. Neste período não se verificou nenhum acompanhamento por profissional de saúde ou de instituição a que o utente pertencesse. Situação que também pode ser explicada pelas informações dispensadas no SU.

Como acompanhante por Outro verifica-se a presença de uma pessoa amiga (0,4%).

**Tabela 4** - Distribuição das Pessoas Idosas relativamente à pessoa com quem vivem

<b>Com quem vive</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sozinho(a)	32	13,6%
Cônjuge	89	37,7%
Filho(a)	40	16,9%
Institucionalizado	16	6,8%
Cônjuge + filhos	14	5,9%
Outro <sup>1</sup>	7	3,0%
Neto(a)	2	0,8%
Cônjuge + Outro familiar	1	0,4%
Irmã	1	0,4%
Sobrinho(a)	1	0,4%
<b>Sem informação</b>	<b>33</b>	<b>14,0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100,0%</b>

<sup>1</sup> Considerado neste subgrupo: amigos, cuidadores formais.

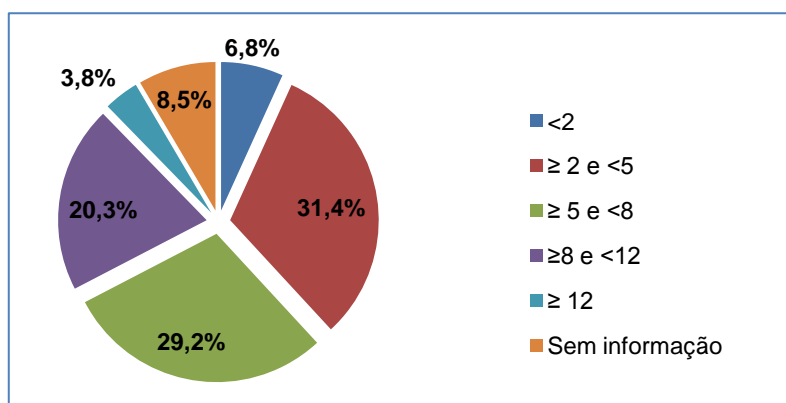
Continuando a caracterização sociodemográfica e perante os dados apresentados na tabela 4, deparamo-nos com uma percentagem elevada de pessoas idosas que vive com o cônjuge (37,7%), seguido das pessoas idosas que vivem com o (a/s) filho<sup>2</sup> (a/s) (16,9%). Ainda muito representativo a percentagem de pessoas idosas que vivem sós (13,6%). Relativamente às pessoas idosas institucionalizadas, verifica-se uma percentagem de 6,8%. De salientar a percentagem de pessoas idosas acerca das quais não foi possível apurar informação (14%).

A polimedicação é um aspeto fundamental na avaliação da pessoa idosa. Razão porque pretendemos identificar o número de fármacos consumidos pelas pessoas idosas admitidas e gestão da medicação.

E embora seja ainda um conceito sem consenso na literatura (Fulton & Allen, 2005; Wyles & Rehman, 2005), alguns autores consideram polimedicação como o uso de 5 ou mais fármacos (Banerjee, Mbamalu, Ebrahimi, Khan & Chan, 2011; Viktil, Blix, Moger & Reikvam, 2006).

Contextualizar a pessoa idosa, no que concerne ao regime medicamentoso, e conhecer os diversos fatores individuais, familiares e sociais é essencial na ajuda a prestar na gestão da medicação (Henriques, 2011)

**Gráfico 7** - Distribuição das Pessoas Idosas de acordo com o número de fármacos consumidos



Da análise do gráfico 7, apuramos que a maioria das pessoas idosas (31,4%) tem prescrito entre  $\geq 2$  <5 fármacos. Imediatamente a seguir aparece uma percentagem também elevada (29,2%) de pessoas idosas que têm prescrito entre  $\geq 5$  <8 fármacos, e de 20,3% que consome entre  $\geq 8$  <12 fármacos.

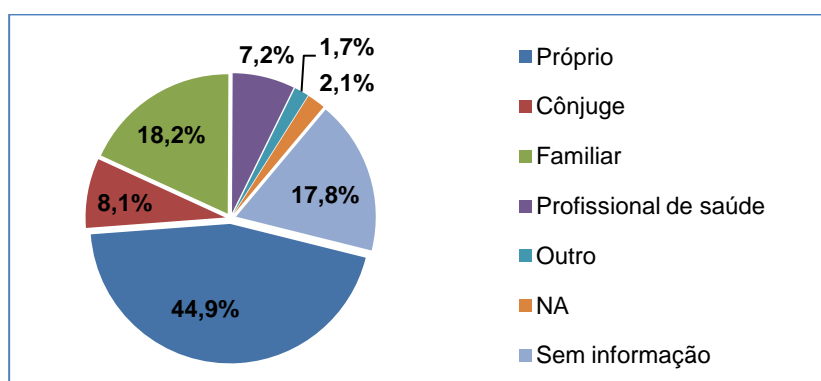
<sup>2</sup> Considerado enteado(a) no subgrupo filho (a)(s).

Devido ao maior número de patologias que apresentam, utentes com idade avançada apresentam, geralmente, um consumo mais elevado de medicamentos, (Abdulraheem, 2013; Aparasu, Mort & Brandt, 2005).

As menores percentagens encontram-se nos subgrupos <2 e  $\geq 12$  fármacos, respetivamente 6,8 e 3,8%.

Considerando os subgrupos anteriores verificamos que as pessoas idosas com um consumo de fármacos igual ou superior a 5 fármacos representam 53,3 % da totalidade das pessoas idosas a quem foi aplicada escala ISAR. Relativamente a 20 pessoas idosas (8,5%) não temos informação disponível.

**Gráfico 8** - Distribuição das Pessoas Idosas relativamente à gestão da medicação



Legenda: NA – Não se aplica

Conforme se pode observar no gráfico 8, a gestão da medicação aparece maioritariamente realizada pelo próprio (44,9%), seguida da gestão realizada por familiar (18,2%), entendendo-se como familiar qualquer elemento da família<sup>3</sup>. Excetua-se do grupo família o cônjuge, que aparece como gestor da medicação em 8,1%, quando não se verifica ajuda de outrem.

Os profissionais de saúde (7,2%) foram considerados os responsáveis pela gestão da medicação nas pessoas idosas institucionalizadas enquanto NA (Não se aplica) se refere às pessoas idosas que não se encontram a fazer medicação (2,1%). No grupo Outro foram incluídos os cuidadores formais, os profissionais que prestam assistência domiciliária e os cuidadores informais não incluídos nos grupos anteriores, nomeadamente amigos ou vizinhos. Percentagem importante ainda para o número de pessoas idosas (42), relativamente a quem não foi possível apurar informação respeitante a este item (17,8%).

---

<sup>3</sup> Incluído neste subgrupo os filhos, netos, ou qualquer outro familiar. O cônjuge foi incluído neste grupo quando se verificasse situação de ajuda por outro familiar.

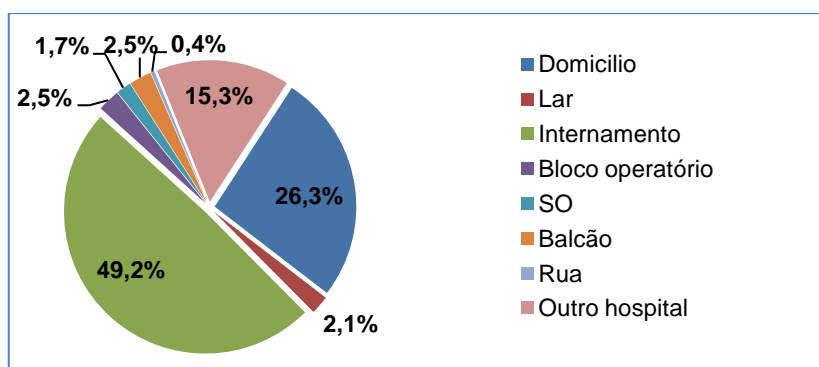
**Tabela 5** - Distribuição das Pessoas Idosas relativamente ao tempo de permanência no SONC

Tempo Permanência SONC	Pessoas Idosas	
	n	%
≤ 2 horas	7	3,0%
> 2 e ≤ 6 horas	39	16,5%
> 6 e ≤ 12 horas	57	24,2%
> 12 e ≤ 18 horas	35	14,8%
> 18 e ≤ 24 horas	37	15,7%
> 24 e ≤ 48 horas	40	16,9%
> 48 e ≤ 72 horas	13	5,5%
> 72 horas	8	3,4%
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100,0%</b>

Quanto ao tempo de permanência no SONC, através dos dados apresentados na tabela 5, averiguamos que, tal como já tinha acontecido no tempo decorrido entre a admissão no hospital e a admissão no SONC, este intervalo é muito variável. Destaca-se a permanência entre > 6 e ≤ 12 horas com 57 pessoas idosas (24,2%) embora com percentagens expressivas em todos os intervalos definidos. Os intervalos de permanência ≤ a 2 horas e > 72 horas são os intervalos onde se verifica menor percentagem, com 3% e 3,4% respetivamente.

Uma análise detalhada desta situação necessita de uma colheita de dados mais acurada que, tal como já anteriormente referido, ultrapassa o âmbito deste projeto. Estes dados podem no entanto ser o ponto de partida para estudos futuros.

**Gráfico 9** - Distribuição das Pessoas Idosas quanto ao encaminhamento



Como podemos observar no gráfico 9, em relação ao encaminhamento da pessoa idosa admitida no SONC, no período em análise, a maioria ficou internada (49,2%). O que parece estar de acordo com os resultados obtidos numa revisão sistemática da literatura, realizada

por Samaras, Chevalley, Samaras & Gold (2010), que nos confrontam com um risco de hospitalização da pessoa idosa, 2,5 a 4,6 superior comparativamente a indivíduos mais jovens.

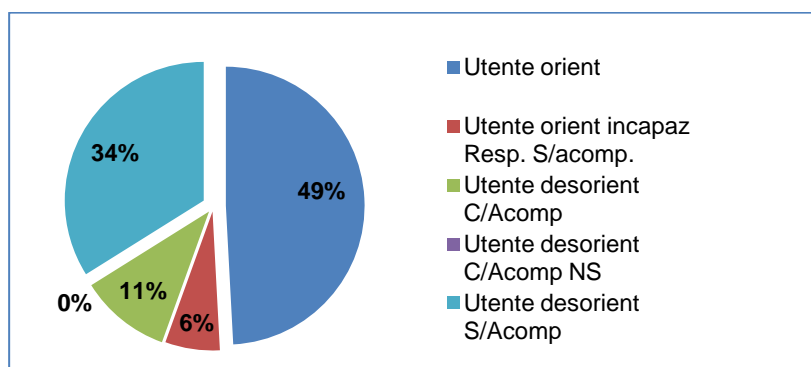
Para o domicílio verificou-se uma percentagem de altas de 26.3% (62 pessoas idosas), o que veio confirmar a nossa perceção inicial e, consideramos, justifica a pertinência deste projeto.

Também um estudo transversal efetuado nos SU dos hospitais franceses, com 1298 indivíduos com mais de 80 anos, revelou resultados idênticos. Um quarto destes utentes (24,2%) teve alta diretamente para o domicílio após visita ao SU (Lazarovici, Somme, Chatellier, Saint-Jean & Espinoza, 2008).

Importante explicar que o hospital a que pertence o SONC é um hospital da área de Lisboa, referência de diversos hospitais distritais o que explica a também elevada percentagem de altas para outros hospitais (15,3%), devido ao retorno à área de residência dos utentes observados.

Quanto às restantes o destino reparte-se entre o Lar/Casa de repouso (2,1%), Bloco Operatório (2,5%), retorno ao SU (SO e Balcão, respetivamente 1,7 e 2,5%), e rua (0,4%, representado por uma pessoa idosa sem abrigo que recusa outro tipo de apoio).

**Gráfico 10** - Distribuição das Pessoas Idosas relativamente à fonte de informação

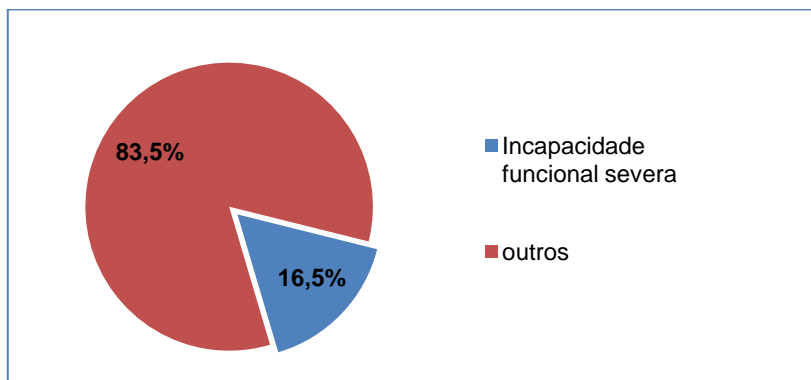


Considerando a fonte de informação na obtenção dos dados e preenchimento da escala ISAR e questionário, verificamos, da observação do gráfico 10, que elevado número de pessoas idosas (34%) admitidas no SONC, apresenta-se desorientado e não tem acompanhante disponível.

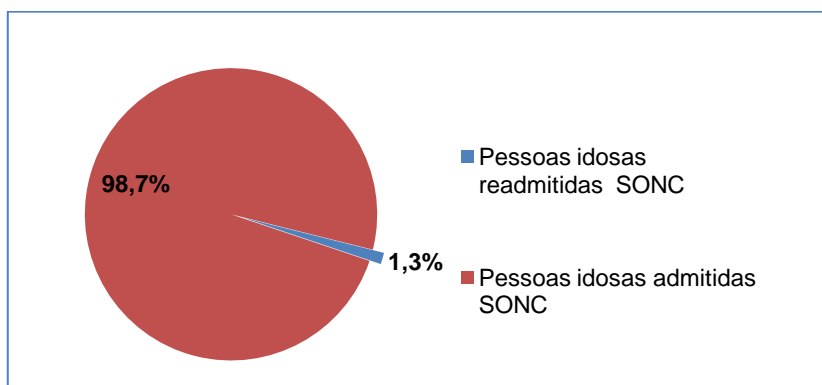
Seguem-se 49% de pessoas idosas orientadas. Os restantes 11% são representados pelas pessoas idosas desorientadas com acompanhante e 6% pelas pessoas idosas aparentemente orientadas mas incapazes de responder e em que não se verifica presença de acompanhante.

Não se verificou a existência de nenhuma pessoa idosa desorientada com acompanhante que não soubesse responder.

**Gráfico 11** – Distribuição das Pessoas Idosas relativamente à presença de incapacidade funcional severa



**Gráfico 12** - Distribuição das Pessoas Idosas relativamente à readmissão em SONC



Relativamente à presença de incapacidade funcional severa e readmissão no SONC, gráficos 11 e 12 respetivamente, registaram-se 39 pessoas idosas assinaladas com presença de incapacidade funcional severa (16,5%), e três pessoas idosas (1,3%) assinaladas como readmissões<sup>4</sup>. O risco de readmissão no SU, como efeito adverso em saúde, é reconhecido como particularmente elevado nos três primeiros meses. E, contrariamente a outros efeitos adversos, nomeadamente mortalidade e hospitalização em que o risco tende a estabilizar, o risco de readmissão mantém um aumento gradual até aos seis meses (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi et al, 2007; Rosted, Wagner, Hendriksen, & Poulsen, 2012).

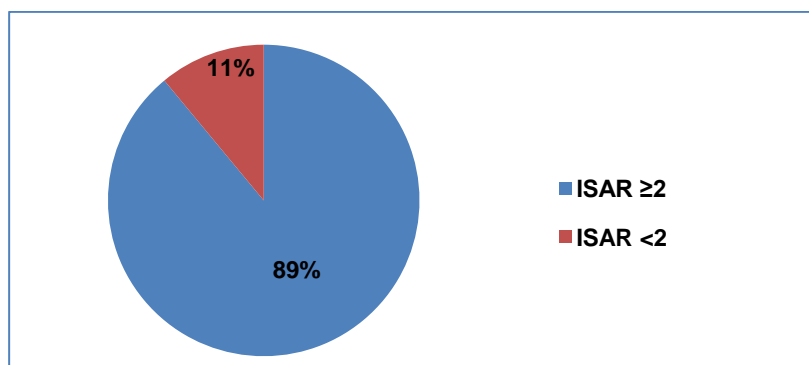
---

<sup>4</sup> Foram consideradas como readmissões as visitas subsequentes à primeira admissão no SONC no período de 9/12/2013 a 31/01/2014. Período considerado, durante aplicação de ISAR, para tratamento de dados e apresentação no relatório de estágio.

Contrariamente, um estudo de McCusker, Cardin, Bellavance & Belzile, (2000) mostra uma maior taxa de retorno no primeiro mês, quase 20%, mas com diminuição nos dois meses seguintes atingindo então um patamar estável. Outro estudo (Rosted, Poulsen, Hendriksen, Petersen & Wagner, 2013) apresenta uma taxa de readmissão mais elevada no sexto mês, comparativamente ao primeiro mês pós alta, para utentes idosos com score de escala ISAR = 2. Para scores iguais ou superiores a 3 a taxa de readmissão hospitalar não apresentou diferenças significativas entre o primeiro e o sexto mês.

Cabe aqui, no entanto, uma ressalva relativamente à condição de incapacidade funcional severa<sup>5</sup>. Durante o nosso estágio verificou-se alguma dificuldade no preenchimento deste item, objetivado por nós e verbalizado pelos enfermeiros, apesar da definição no guia de utilização da escala ISAR. Razão pela qual acreditamos que o número aqui apresentado se encontra aquém da realidade. O preenchimento foi-se verificando gradualmente ao longo do estágio, através de um maior acompanhamento na aplicação da escala, no sentido da definição do conceito e consciencialização da sua importância.

**Gráfico 13** – Distribuição de Pessoas Idosas de acordo com score de escala ISAR



De acordo com os critérios estabelecidos<sup>6</sup>, constatamos no gráfico 13 que, apenas 26 pessoas idosas (11%) apresentam escala ISAR <2. A maioria dos utentes a quem foi aplicada escala

---

<sup>5</sup> De acordo com estudo de Blaum, Ofstedal, Langa, Wray (2003) foi definida como **Incapacidade funcional severa** a dependência em  $\geq$  três Atividades Básicas de Vida. Segundo o referenciado na literatura, Fricke (2010), e aceite pela Ordem dos enfermeiros (OE) (2011) consideraram-se seis atividades básicas de vida: Higiene pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários; Vestuário; Alimentação; Locomoção e Transferência.

<sup>6</sup> Atendendo à especificidade do serviço de aplicação de escala ISAR, e tal como sugerido pela sua autora McCusker (2008) "Clinical concerns can be incorporated according to local needs...", foram definidos para este trabalho critérios que condicionam ISAR positiva:

- Episódio de queda, independentemente do score final de ISAR;
- Incapacidade de responder mesmo com aparente estado de orientação em que não se verifique presença de acompanhante ou que se verifique presença de acompanhante que não sabe responder;
- Estado de confusão mental, sem acompanhante disponível ou acompanhante que não sabe responder.



ISAR (89%) apresenta score  $\geq 2$ <sup>7</sup>. Dados francamente superiores aos encontrados no estudo de McCusker *et al* (2001) com o mesmo ponto de corte. Resultados a que não são, com certeza, alheios os critérios de exclusão considerados no referido estudo e incluídos como critérios de risco neste projeto.

**Tabela 6** - Distribuição das Pessoas Idosas de acordo com Score de escala ISAR

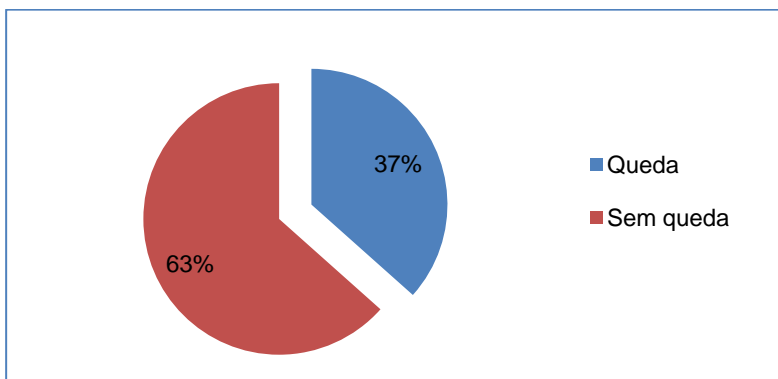
Score de escala ISAR	ISAR <2		ISAR <2 com episódio de queda associado		ISAR $\geq 2$		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pessoas Idosas Orientadas	24	10,2	14	5,9	78	33	116	49
Pessoas Idosas orientadas incapazes responder, sem Acompanhante	-	-	-	-	15	6,4	15	6,4
Pessoas Idosas Desorientadas Com Acompanhante	2	0,8	1	0,4	22	9,3	25	10,6
Pessoas Idosas Desorientadas com Acompanhante que Não Sabe responder	-	-	-	-	-	-	-	-
Pessoas Idosas Desorientadas Sem Acompanhante	-	-	-	-	80	34	80	34
<b>TOTAL Nº PESSOAS IDOSAS</b>	26	11	15	6,3	195	82,7	236	100

<sup>7</sup> Adotado neste trabalho ponto de corte de 2, que traduz o risco das pessoas idosas admitidas no SONC desenvolverem efeitos adversos em saúde.  
ISAR <2 ou negativa significa baixo risco de desenvolver efeitos adversos em saúde enquanto uma ISAR  $\geq 2$  ou positiva significa elevado risco de desenvolver efeitos adversos em saúde.

Da análise da tabela 6 verificámos que a percentagem de escalas ISAR positivas é devida a:

- Pessoas Idosas Orientadas com ISAR  $\geq 2$  (n=78) representando 33% da população;
- Pessoas Idosas Orientadas com ISAR  $< 2$  mas com episódio de queda associado (n=14) 5,9%;
- Pessoas Idosas incapazes responder sem Acompanhante (n=15) 6,4%;
- Pessoas Idosas Desorientadas Com Acompanhante que apresentam ISAR  $\geq 2$  (n=22) 9,3%;
- Pessoas Idosas Desorientadas Com Acompanhante com ISAR  $< 2$  mas com episódio de queda associado (n=1) 0,4%;
- Pessoas Idosas Desorientadas Sem Acompanhante (n=80) 34%.

**Gráfico 14** - Distribuição das Pessoas Idosas quanto à existência de episódio de queda



Como representado na tabela 6, verificámos que 6,3% de escalas ISAR positivas se deve unicamente a episódio de queda. No entanto, os episódios de queda são muito mais frequentes, como se pode visualizar no gráfico 14, verificando-se em 37% das pessoas idosas admitidas em SONC.

E, embora este estudo não tivesse como objetivo determinar se a queda era a causa da ida ao hospital, o elevado número de ocorrência de queda parece ir ao encontro do descrito na literatura, que referencia as quedas como a causa predominante das lesões traumáticas que originam a ida ao SU (Amizadeh & Dalziel, 2002).

**Tabela 7** - Resumo das características das pessoas idosas admitidas com base *Score ISAR*

CARACTERÍSTICAS	ISAR ≥2		ISAR <2		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	133	56,3	25	10,6	158	67
Masculino	62	26,3	16	6,7	78	33
<b>Idade</b>						
≥65<75	45	19,1	16	6,8	61	25,9
≥75<85	81	34,3	16	6,8	97	41,1
≥85	69	29,2	9	3,8	78	33
<b>Prioridade</b>						
Vermelho	1	0,4	-	-	1	0,4
Laranja	43	18,2	4	1,7	47	19,9
Amarelo	129	54,7	15	6,3	144	61
Verde	34	14,4	7	2,9	41	17,4
Branco	2	0,8	-	-	2	0,8
Azul	1	0,4	-	-	1	0,4
<b>Proveniência</b>						
Domicílio	122	51,7	26	11	148	62,7
Hospital	57	24,1	15	6,3	72	30,5
Unidade de saúde da comunidade	1	0,4	-	-	1	0,4
Lar	12	5	-	-	12	5
Outro	3	1,2	-	-	3	1,2
<b>Readmissão SONC</b>	3	1,2	-	-	3	1,2
<b>Com Incapacidade Funcional</b>	39	16,5	-	-	39	16,5
<b>Com episódio de Queda</b>	73	30,9	15	6,3	88	37,3
<b>Acompanhante</b>						
Sim	57	24,1	14	5,9	71	30,1
Não	153	64,8	12	5	165	69,9
<b>Tipo de Acompanhante</b>						
Familiar	56	23,7	14	5,9	70	29,7
Profissional de saúde	-	-	-	-	-	-
Outro	1	0,4	-	-	1	0,4
<b>Com quem vive</b>						
Sozinho	21	8,9	11	4,7	32	13,6
Cônjuge	64	27,1	25	10,6	89	37,7
Cônjuge +Outro familiar	13	5,5	2	0,8	15	6,3
Familiar	41	17,4	3	1,3	44	18,7
Institucionalizado	16		-	-	16	6,8
Outro	7	2,9	-	-	7	2,9
Sem informação	33	14	-	-	33	14
<b>Número de fármacos</b>						
<2	9	3,8	7	2,9	16	6,8
≥2<5	53	22,5	21	8,9	74	31,4
≥5<8	62	26,3	7	2,9	69	29,2
≥8<12	42	17,8	6	2,5	48	20,3

<b>Tabela 7(cont.)</b> Resumo das características das pessoas idosas admitidas com base <i>Score</i> ISAR						
≥12	9	3,8	-	-	9	3,8
Sem informação	20	8,5	-	-	20	8,5
<b>Gestão medicamentosa</b>						
Próprio	68	28,8	38	16,1	106	44,9
Cônjuge	19	8,1	-	-	19	8,1
Familiar	40	16,9	3	1,3	43	18,2
Profissional de saúde	17	7,2	-	-	17	7,2
Outro	4	1,7	-	-	4	1,7
NA	5	2,1	-	-	5	2,1
Sem informação	42	17,8	-	-	42	17,8
<b>Destino Final</b>						
Internamento	98	41,5	18	7,6	116	49,1
Outro Hospital	29	12,3	7	3	36	15,3
Domicílio	48	20,3	14	5,9	62	26,3
BO	5	2,1	1	0,4	6	2,5
SU (SO + Balcões)	9	3,8	1	0,4	10	4,2
Lar	5	2,1	-	-	5	2,1
Rua	1	0,4	-	-	1	0,4

Legenda: BO= Bloco Operatório; NA= Não se aplica; SO= Sala de Observações; SU= Serviço de Urgência.

Na tabela 7 encontra-se um resumo das características das pessoas idosas admitidas tendo como base o *score* (positivo ou não) da escala ISAR.

## SÍNTESE

Com os dados obtidos com o questionário, podemos caracterizar as pessoas idosas admitidas no SONC, no período em análise, dizendo que são maioritariamente do sexo feminino. Com 75 e mais anos (74% das pessoas idosas admitidas, pertencentes ao subgrupo dos 75-84 e ≥ 85), constatando-se uma percentagem expressiva com incapacidade funcional severa.

Triadas no momento da admissão no SU, na sua maioria com prioridade laranja. O seu encaminhamento para o SONC tem como causa os mais diversos motivos de admissão, embora relacionadas com a área específica de neurociências.

Verifica-se uma elevada incidência de quedas nas pessoas idosas admitidas embora esta não seja, em muitos casos, a causa que motiva a vinda ao SU.

O número de readmissões verificadas, no período em análise, foi baixo contrariamente a diversos estudos, embora a escala dos estudos não possa ser comparável de forma linear.

Provenientes em larga escala do domicílio, logo seguido da referenciação de outros hospitais, quando admitidos em SONC apresentam-se sem acompanhante.

Ressalvando a percentagem de pessoas idosas da qual não se possui informação, a maioria vive com o cônjuge verificando-se também uma faixa elevada que vive sozinha.

Podemos ainda concluir, que as pessoas idosas admitidas no SONC, a quem foi aplicada escala ISAR e questionário, se apresentam polimedicadas. Com a gestão da medicação a cargo essencialmente das próprias, do cônjuge e/ou filhos, embora com um elevado numero acerca das quais não foi possível obter informação.

Tal como o tempo de permanência em SU até serem admitidos em SONC, a permanência no SONC é variável, não se conseguindo estabelecer intervalos de tempo claramente predominantes.

O encaminhamento verifica-se em larga medida para o internamento (49,2%) ressalvando que, das pessoas idosas direcionadas para outros hospitais, algumas têm também indicação para internamento.

Dos resultados obtidos com aplicação da escala ISAR, salientamos que um número significativo das pessoas idosas admitidas no SONC se encontra em risco de desenvolver efeitos adversos em saúde após alta (89%).

Finalmente, não podemos deixar de destacar a elevada percentagem verificada, 26,3%, de pessoas idosas com alta para o domicílio. Das quais 22,4% foi identificada como de risco de desenvolver efeitos adversos em saúde, após a visita ao SONC. Números que, no nosso entender, justificam a pertinência do projeto desenvolvido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdulraheem, I. S. (2013). Polypharmacy: A Risk Factor for Geriatric Syndrome, Morbidity & Mortality. *Journal of Aging Science*, 1, 100-103. doi: 10.4172/2329- 8847.1000e103

Aminzadeh, F. & Dalziel, W. B. (2002). Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 39 (3), 238-247. doi:10.1067/mem.2002.121523

Aparasu, R. R., Mort, J. R. & Brandt, H. (2005). Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 1, 446–459. doi:org/10.1016/j.sapharm.2005.06.004

- Banerjee, A., Mbamalu, D., Ebrahimi, S., Khan, A. A. & Chan, T. F. (2011). The prevalence of polypharmacy in elderly attenders to an emergency department – a problem with a need for an effective solution. *International Journal of Emergency Medicine*, 4 (22), 1-3. **doi:**10.1186/1865-1380-4-22
- Blaum, C. S., Ofstedal, M. B., Langa, K. M. & Wray, L. A. (2003). Functional Status and Health Outcomes in Older Americans with Diabetes Mellitus. *American Geriatrics Society Journal*, 51, 745–753. **doi:**10.1046/j.1365-2389.2003.51256.x
- Fulton, M. M. & Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17, 123-132.  
**doi:**10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x
- Henriques, M. A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959\\_td\\_MAdriana\\_Henriques.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf)
- Lazarovici, C., Somme, D., Chatellier, G., Saint-Jean, O. & Espinoza, P. (2008). Initial pattern of elderly patients and effect on their orientation after their visit in the emergency departments. Results from a national study. *La Revue de médecine interne*, 29, 618–625. **doi:**10.1016/j.revmed.2008.03.002
- McCusker, J., Cardin, S., Bellavance, F. & Belzile, E. (2000). Return to the Emergency Department among Elders: Patterns And Predictors. *Academic Emergency Medicine*. 7 (3), 249-259. **doi:**10.1111/j.1553-2712.2000.tb01070.x
- McCusker, J., Verdon, J, Tousignant, P., Courval, L. P., Dendukuri, N. & Belzile, E. (2001). Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 1272–1281. **doi:**10.1046/j.1532-5415.2001.49254.x
- McCusker, J. (2008). Presentation at Senior's Health Summit. Aging @Home Successfully Salt Ste Marie, Ontario. Disponível em <http://www.nelhin.on.ca/assets/0/16/176/198/202/279e492b-0461-44b0-b19b-397409eb713d.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer sobre Actividades de Vida Diária. Parecer Nº 12/2011. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)

- Rosted, E., Wagner, L., Hendriksen, C. & Poulsen, I. (2012) Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 141–151. **doi:**10.1111/j.1748-3743.2012.00323.x
- Rosted, E. P, Poulsen, I., Hendriksen, C., Petersen, J. & Wagner, L. (2013). Testing a two step nursing intervention focused on decreasing rehospitalizations and nursing home admission post discharge from acute care. *Geriatric Nursing*, 34, 477-485. **doi:**org/10.1016/j.gerinurse.2013.08.001
- Salvi, F., Morichi, V., Grilli, A., Giorgi, R., De Tommaso, G. & Dessì-Fulgheri, P. (2007). The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*, 2, 292–301. **doi** 10.1007/s11739-007-0081-3
- Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56 (3), 261-269. **doi:**10.1016/j.annemergmed.2010.04.015
- Tavares, J. (2012). IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: QUE REALIDADE? *Journal of Aging & Inovation*, 1 (4): 14-25. Disponível em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/wp-content/uploads/2-Idosos-de-risco-nos-SU.pdf>
- Viktil, K. K., Blix, H. S., Moger, T. A. & Reikvam, A. (2006). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63 (2), 187-192. **doi:**10.1111/j.1365-2125.2006.02744.x
- Wyles, H. & Rehman, H. (2005). Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 16 (5), 311-3. **doi:**org/10.1016/j.ejim.2005.02.006





## **APÊNDICE XIX - Grelha de avaliação e manual de utilização**



# IDENTIFICAÇÃO CLIENTE

## GRELHA DE AVALIAÇÃO

(PESSOA IDOSA COM ISAR POSITIVA)

1.SITUAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA	a)Vive sozinho?			
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Obs.:			
	b)Existência de cuidador			
	Sim <input type="checkbox"/> Obs.			
	Não <input type="checkbox"/>			
2.CAPACIDADE FUNCIONAL	c)Usufrui de algum tipo de apoio domiciliário ou comunitário?			
	Serviço de Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/> Centro de Dia / Convívio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>			
	Obs.			
	Não <input type="checkbox"/> Obs.			
	d)Se necessitar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?			
e)Condições Habitacionais:				
2.CAPACIDADE FUNCIONAL		Itens a avaliar	Pontuação	
		Alimentação	10	
			5	
			0	
		Vestir	10	
			5	
			0	

2.CAPACIDADE FUNCIONAL  (Cont.)	Atividades Básicas de Vida Diária	Banho	5			
			0			
		Higiene corporal	5			
			0			
		Controlo Intestinal	10			
			5			
			0			
		Controlo vesical	10			
			5			
			0			
		Subir escadas	10			
			5			
			0			
		Transferência cadeira-cama	15			
			10			
			5			
			0			
		Deambulação	15			
			10			
			5			
			0			
		<b>TOTAL</b>				
		3.FUNÇÃO COGNITIVA/ ESTADO EMOCIONAL	Alterações cognitivas	a)Orientação Autopsíquica e alopsíquica		
				b)Considera que tem problemas memória? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Obs.:		
		c) Retenção e evocação 0/3 palavras <input type="checkbox"/> 1/3 palavras <input type="checkbox"/> 2/3 palavras <input type="checkbox"/> 3/3 palavras <input type="checkbox"/>				

3.FUNÇÃO COGNITIVA/ ESTADO EMOCIONAL (Cont.)		d)Diagnóstico de demência:  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Sinais sugestivos de depressão	a)Diagnóstico de Depressão:  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  b)Sente-se muitas vezes triste, ou sem esperança?  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4.COMUNICAÇÃO	Visão/ Audição/ Fala	a)Alterações Visuais:  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Obs.:
		b)Alterações auditivas:  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Obs.:
		c)Fala: “Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?”  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Obs.:
5.QUEDAS	Nº de quedas no último ano <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Nº</div>	
	Causas prováveis	Especificar:

5.QUEDAS (Cont.)	Avaliação Risco de quedas	Se aplicado escala de Morse, utente considerado:  Baixo Risco ..... <input type="checkbox"/> Médio Risco ..... <input type="checkbox"/> Alto Risco ..... <input type="checkbox"/>
	Marcha/ Equilíbrio	É capaz de:  Levantar da cadeira..... Andar 3 m.....Voltar a sentar .....  Obs.:
	Uso de material de apoio	Especificar apoios utilizados e adaptação aos mesmos:
6.DOR	Dor Aguda:            Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Caracterizar/localização/fatores de agravamento/estratégias de alívio:          Dor crónica:            Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Caracterizar/localização/fatores de agravamento/estratégias de alívio:	
7.MEDICAÇÃO	Nº de fármacos:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Nº</div>
	Medicação habitual:	

7.MEDICAÇÃO (Cont.)	
	Gestão medicação: O próprio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Especificar:
	Reconciliação terapêutica:
8.NUTRIÇÃO	a)Tem problemas em se alimentar?  Sim <input type="checkbox"/> Descrever:  Não <input type="checkbox"/>
	b)Perda de peso nos últimos 3 meses:  Não <input type="checkbox"/>  Sim <input type="checkbox"/> .....Kg    Não sabe quantificar <input type="checkbox"/>  Circunferência perna: Maior que 31cm..... <input type="checkbox"/> Menor que 31cm..... <input type="checkbox"/>
	c)Ingestão alcoólica  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Diária..... <1 bebida <i>standard</i> /Dia..... <input type="checkbox"/> >1 bebida <i>standard</i> /Dia..... <input type="checkbox"/> Ocasional..... <3bebidas <i>standard</i> /ocasião.. <input type="checkbox"/> > 3bebidas <i>standard</i> /ocasião.. <input type="checkbox"/>

<b>9.ALTERAÇÕES DA PELE</b>	Avaliação Risco de Desenvolvimento de Úlcera por pressão (UPP)	Utente considerado de:  Alto Risco de desenvolvimento de UPP (Score $\leq 16$ ) ..... <input type="checkbox"/>  Baixo Risco de desenvolvimento de UPP (Score $\geq 17$ ) ..... <input type="checkbox"/>
	Descrição de lesões, úlceras de pressão e/ou pensos a realizar:	
<b>RESUMO DAS NECESSIDADES/ RECURSOS IDENTIFICADOS</b>		



## MANUAL DE GRELHA DE AVALIAÇÃO

(PESSOA IDOSA COM ESCALA ISAR POSITIVA)

<b>1.SITUAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA</b>	<p>a)Vive sozinho?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Obs.: Em caso negativo, definir familiar e características relevantes, por ex. idade, morbilidades e grau de dependência associado.</p> <p>b)Existência de cuidador</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Obs. Em caso afirmativo definir familiar/pessoa significativa e características relevantes.</p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>c)Usufriui de algum tipo de apoio domiciliário ou comunitário?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Obs. Em caso afirmativo descrever tipo de ajuda</p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>d)Se necessitar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?</p> <p>Descrever caraterísticas consideradas pertinentes na prestação de ajuda</p>	
	<p>e)Condições Habitacionais: Descrever condições habitacionais consideradas relevantes. Por ex., prédio sem elevador; vive em andar baixo ou tem necessidade de subir e descer escadas; existência ou não de corrimão nas escadas; saneamento básico; existência ou não de casa de banho, poliban ou banheira; tapetes no chão; etc.</p>	
<b>2.CAPACIDADE FUNCIONAL</b>	Atividades Básicas de Vida Diária	Utilizado o Índice de Barthel (DGS (2001). Norma número 017/2011 de 19/05/2011. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Disponível em <a href="http://www.dgs.pt">www.dgs.pt</a>
		No início da avaliação deste item pedir ao utente que memorize 3 palavras, PERA; GATO; BOLA, dizendo-lhe que

3.FUNÇÃO  
COGNITIVA/  
ESTADO  
EMOCIONAL

Alterações cognitivas	<p>as vai perguntar mais tarde. Avaliar após um minuto.</p> <p>a)Orientação Autopsíquica e alopsíquica</p> <p>Utilizar Escala de Comas de Glasgow ou fazer descrição sumária do estado neurológico</p> <p><i>Orientação Autopsíquica</i>- Orientação relativamente ao “eu”. O utente consegue fornecer dados da sua identificação pessoal: quem é, como se chama, que idade tem, qual a sua nacionalidade, profissão, estado civil, etc.</p> <p><i>Orientação Alopsíquica</i>- Orientação relativamente ao tempo e ao espaço.</p> <p>b)Considera que tem problemas memória?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Obs.: Em caso afirmativo Transcrever informação considerada pertinente que a pessoa idosa tenha referido no decurso da avaliação (ex. esquecer a comida ao lume)</p> <p>c)Retenção e evocação – Pedir para repetir as 3 palavras memorizadas no início da avaliação deste item.</p> <p>0/3 palavras <input type="checkbox"/> 1/3 palavras <input type="checkbox"/> 2/3 palavras <input type="checkbox"/> 3/3 palavras <input type="checkbox"/></p> <p>Considerar aplicação de <i>Mini Mental State Examination/ Mini Mental Assessment</i> (MMSE/MMA)</p> <p>d)Diagnóstico de demência: Considerar diagnóstico realizado anteriormente.</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
	a)Diagnóstico de Depressão: Considerar diagnóstico realizado

<p>3.FUNÇÃO COGNITIVA/ ESTADO EMOCIONAL (Cont.)</p>	<p>Sinais sugestivos de depressão</p>	<p>anteriormente.</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>b)Sente-se muitas vezes triste, ou sem esperança?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Considerar aplicação de Escala de Depressão Geriátrica (EDG) - <i>Geriatric Depression Scale (DGS)</i></p>
<p>4.COMUNICAÇÃO</p>	<p>Visão/ Audição/ Fala/ linguagem</p>	<p>a)Alterações Visuais:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Obs.: Referenciar alterações de acuidade visual. Escrever se a pessoa idosa considera que tem problemas de visão. Considerar o uso de óculos e perguntar “Em geral, vê suficientemente bem para ler?”. “Com os óculos acha que vê bem?” Referenciar o uso de óculos.</p> <p>b)Alterações auditivas:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Obs.: Referenciar alterações de acuidade auditiva. Escrever se a pessoa idosa considera que tem problemas de audição, considerar o uso de aparelho auditivo. Perguntar: “Em geral, ouve bem?” “Usa aparelho auditivo?” “ E com aparelho, ouve bem?”. Referenciar o uso de aparelho auditivo.</p> <p>Considerar fazer teste do sussurro (O examinador, a uma distância de cerca de 30 centímetros, fora do campo visual do paciente, sussurra uma questão breve e simples em cada ouvido, como “Qual é o seu nome?” ou uma outra frase com cerca de 3 palavras simples.</p> <p>c)Fala/Linguagem:</p> <p>“Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?”</p>








<b>4.COMUNICAÇÃO</b>  <b>(Cont.)</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Obs.: Descrever alterações pertinentes observadas. Referenciar alterações e/ou razões referenciadas pelo utente	
<b>5.QUEDAS</b>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Nº</div> Nº de quedas no último ano	
	Causas prováveis	Especificar: Descrever causas prováveis responsáveis por episódios de quedas referenciadas pela pessoa idosa. Em caso de desconhecimento escrever Não sabe.
	Avaliação  Risco de quedas	Se aplicado escala de Morse, utente considerado de:  Baixo Risco ..... <input type="checkbox"/> Médio Risco ..... <input type="checkbox"/> Alto Risco ..... <input type="checkbox"/>  Referenciar e considerar o <i>score</i> obtido com a aplicação da Escala de Morse.
	Marcha/  Equilíbrio	É capaz de:  Levantar da cadeira.....Andar 3 m.....  Voltar a sentar .....  À frente de cada item referenciar Sim ou Não, de acordo com as capacidades do utente.  Obs.: Descrever características pertinentes da marcha
	Necessidade de material de apoio.	Especificar apoios utilizados e adaptação aos mesmos: Descrever se a pessoa idosa utiliza material para apoio de marcha, por exemplo: cadeira de rodas, bengala, canadianas, ou outros, tal como a sua adaptação aos mesmos.
<b>6.DOR</b>	Caracterizar/fatores de agravamento/estratégias de alívio: Descrever tipo, intensidade, fatores de agravamento e estratégias de alívio.  Quantificar com escala numérica ou descrever alterações de comportamento/expressão verbal em pessoas com défice cognitivo.	

7.MEDICAÇÃO	a)Nº de fármacos:	Nº
	<p>Medicação habitual: Transcrever terapêutica que a pessoa idosa faz habitualmente.</p> <p>Referenciar informação pertinente</p>	
	<p>c)Gestão medicação:</p> <p>O próprio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Especificar:</p>	
	<p>d)Reconciliação terapêutica: Referenciar novas terapêuticas e/ou suspensão de anteriores ou ainda necessidade de vigilância, atendendo ao motivo que fez o utente recorrer ao SU e à medicação realizada.</p> <p><i>Reconciliação terapêutica</i> - Avaliação global de um regime terapêutico sempre que existe uma alteração de terapêutica, no sentido de evitar erros de medicação, tais como omissões ou duplicação de fármacos, erro de dosagens ou interações medicamentosas, assim como observar padrões de adesão terapêutica. Este processo deve incluir uma comparação entre regimes terapêuticos prévios e os existentes, e deve ocorrer em cada situação de transição de cuidados, em que nova medicação seja prescrita, a existente seja alterada ou, ainda, se o utente se auto medicou (The American Pharmacists Association and the American Society of Health-System Pharmacists, 2007). (The American Pharmacists Association and the American Society of Health-System Pharmacists (2012). Improving Care Transitions: Optimizing Medication Reconciliation. Disponível em <a href="http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/2012_improving_care_transitions.pdf">http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/2012_improving_care_transitions.pdf</a>)</p>	
8.NUTRIÇÃO	<p>a)Tem problemas em se alimentar?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Descrever: Considerar, não funcionalidade do utente neste item mas, doenças da cavidade bucal, falha de peças dentárias, prótese dentária danificada, problemas em mastigar ou engolir, entre outros.</p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>	

<b>8.NUTRIÇÃO</b> <b>(Cont.)</b>	<p>b)Perda de peso nos últimos 3 meses:</p> <p>Não    <input type="checkbox"/></p> <p>Sim    <input type="checkbox"/> .....Kg                      Não sabe quantificar    <input type="checkbox"/></p> <p>Obs.: Descrever razões referenciadas pelo utente</p> <p>Circunferência perna:       .....cm</p> <p>CP &lt; 31 sinal de alerta para    risco de desnutrição, de acordo com o <i>Mini Nutricional Assesment</i> (MNA)</p>
	<p>c)Ingestão alcoólica</p> <p>Sim            <input type="checkbox"/>            Não            <input type="checkbox"/></p> <p>Diária.....</p> <p>&lt;1 bebida <i>standard</i>/Dia.....<input type="checkbox"/>                      &gt;1 bebida <i>standard</i>/Dia.....<input type="checkbox"/></p> <p>Ocasional.....</p> <p>&lt;3bebidas <i>standard</i>/ocasião..<input type="checkbox"/>                      &gt; 3bebidas <i>standard</i>/ocasião..<input type="checkbox"/></p> <p>De acordo com as recomendações do National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Ainda de acordo com o mesmo organismo, considera-se bebida <i>standard</i> uma bebida de 0,6 onça fluida (equivalente a 18cl) ou que contenha 14gr de álcool.</p> <p>(Ver tabela de equivalências em apêndice)</p>
<b>9.ALTERAÇÕES DA PELE</b>	<p>Referenciar resultados obtidos com aplicação de Escala de Braden durante estadia hospitalar e intervenções desenvolvidas.</p>
	<p>Descrever alterações da integridade cutânea e necessidade de realização de pensos e/ou vigilância.</p>
<b>RESUMO DAS NECESSIDADES/ RECURSOS IDENTIFICADOS</b>	<p>Fazer resumo das necessidades identificadas e quais os recursos pessoais e da comunidade identificados como passíveis de ser mobilizados.</p> <p>Descrever intervenções já iniciadas.</p>

### EXEMPLOS DE BEBIDAS STANDARD

De acordo com o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, a recomendação da ingestão de álcool para as pessoas com 65 e mais anos é de até 7 bebidas por semana e nunca mais de 3 bebidas por dia, embora esta ingesta ainda esteja condicionada à presença de determinados problemas de saúde e à administração concomitante de determinados medicamentos (NIH<sup>1</sup> National Institute on Aging, 7º paragrafo, 2012)<sup>2</sup>. De acordo com o mesmo organismo considera-se uma bebida *standard* uma bebida que contenha cerca de 0,6 fl oz (onça fluida<sup>3</sup>) ou 14gr de álcool puro. No quadro abaixo podem-se verificar diversos exemplos de uma bebida *standard*.

12 fl oz of	=	8-9 fl oz of	=	5 fl oz of	=	3-4 oz of	=	2-3 oz of	=	1.5 oz of	=	1.5 fl oz
<b>regular beer</b>		<b>malt liquor</b>		<b>table wine</b>		<b>fortified wine</b>		<b>cordial, liqueur,</b>		<b>brandy</b>		shot of
		(shown in a 12- oz glass)				(such as sherry or port; 3.5 oz shown)		<b>or aperitif</b>		(a single jigger or shot)		<b>80-proof</b>
								(2.5 oz shown)				<b>spirits</b>
												("hard liquor")
												
about 5% alcohol		about 7% alcohol		about 12% alcohol		about 17% alcohol		about 24% alcohol		about 40% alcohol		about 40% alcohol

Fonte: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Rethinking Drinking.* What's a "standard" drink? Disponível em <http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/WhatCountsDrink/WhatsAstandardDrink.asp>

<sup>1</sup> NIH- National Institute of Health

<sup>2</sup> NIH National Institute on Aging (2012). Alcohol Use In Older People. Disponível em <http://www.nia.nih.gov/health/publication/alcohol-use-older-people>.

<sup>3</sup> 1 fl oz é equivalente a 29-30 ml pelo que 0,6 será equivalente a 18ml.



Os copos utilizados para as diversas bebidas têm idêntica quantidade de álcool, 12 a 16 gramas de álcool puro, aproximadamente.

Considerando outra tabela:

BEBIDA	Cerveja 6º	Vinho 12º	Aperitivo 20º	Aguardente 40º
CAPACIDADE DO COPO	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5 dl
CONTEÚDO DE ÁLCOOL PURO	12 g	12 a 13 g	10 a 12 g	14 a 16 g

Fonte: Adaptado de Melo, M.L., Barrias, J.C., Breda, J.J. (2001). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: DGS.

### Cálculo da quantidade de álcool numa bebida

O nº de gramas em álcool de uma bebida pode ser calculado multiplicando o nº de mililitros (ml) de álcool de uma bebida por 0,8:

Quantidade	Graduação de álcool	Percentagem de álcool	Volume de álcool	Gramas de álcool (ml x 0,8)
1 litro de vinho	12º	12%	120 ml	96 - 100 gramas
1 litro de cerveja	6º	6%	60 ml	48 - 50 gramas
1 litro aguardente	50º	50%	500 ml	400 gramas

Fonte: Pina, A.P. 2000. Portal de Saúde Pública. **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**.  
Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/051-Educacao/alcool.nota.htm>



## **APÊNDICE XX - Fundamentação teórica de grelha de avaliação**



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Grelha de Avaliação Multidimensional

Fundamentação Teórica

Autora: Maria de Fátima L. F. Coutinho N° 4769

Orientadora: Profª Emília Brito

Lisboa

Junho 2014

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1. FUNDAMENTAÇÃO</b>	<b>7</b>
1.1. Situação Sociodemográfica	7
1.2. Capacidade Funcional	8
1.3. Função Cognitiva/Estado Emocional	9
1.4. Comunicação	11
1.5. Quedas	12
1.6. Dor	14
1.7. Medicação	15
1.8. Nutrição	18
1.9. Alterações da Pele	21
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>22</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Quadro 1-</b> Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos: total e com 65 e mais anos	<b>7</b>
---	----------

## INTRODUÇÃO

Em Portugal em 2011 19% da população tinha mais de 65 anos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012), tendo-se assistido a um envelhecimento da população confirmado por um aumento progressivo no índice de envelhecimento<sup>1</sup>. Em 1960 o índice de envelhecimento verificado era de 27,3% para 127,8 % em 2011 (Pordata, 2012a), prevendo-se que em 2060 atinja os 307% (INE, 2014).

De acordo com dados atuais, este envelhecimento associado às alterações epidemiológicas, provoca um aumento progressivo no atendimento a pessoas idosas nos Serviços de Urgência (SU) (Aminzadh & Dalziel 2002; Robinson & Mercer, 2007). Contudo, estes serviços não se encontram preparados para responder às necessidades e especificidade das pessoas idosas (Adams & Gerson, 2003).

Paradoxalmente, embora os SU devam ser considerados locais ideais para a deteção de situações que de outro modo não seriam diagnosticadas (Rubenstein, 1996), podendo a ida ao SU ser considerada como um evento sentinela (Caplan, Williams, Daly & Abraham, 2004), as pessoas idosas têm frequentemente alta, com situações que não foram detetadas/diagnosticadas e, conseqüentemente, não foram desenvolvidas estratégias de intervenção (Samaras, Chevalley, Samaras & Gold, 2010).

Um estudo transversal efetuado nos SU dos hospitais franceses, com 1298 indivíduos com mais de 80 anos, revelou que um quarto (24,2%) destes utentes teve alta diretamente para o domicílio após visita ao SU (Lazarovici, Somme, Chatellier, Saint-Jean & Espinoza, 2008), o que vem confirmar a nossa perceção da realidade do serviço onde nos propusemos realizar o estágio.

Pessoas idosas que recorrem ao SU apresentam taxas mais elevadas de efeitos adversos em saúde, nomeadamente declínio funcional, readmissão no SU, hospitalização e até morte, que se prologam até seis meses seguintes à visita ao SU, sendo o risco particularmente elevado nos três primeiros meses (Aminzadh & Dalziel 2002). Efeitos que podem ser significativamente reduzidos melhorando o diagnóstico, promovendo cuidados adequados e respetivo *follow-up* (Ballabio *et al.*, 2008).

A prestação de cuidados à pessoa idosa no SU representa um desafio para os profissionais. Decorrente do processo de envelhecimento desencadeiam-se uma serie de

---

<sup>1</sup> Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas dos 0 aos 14 anos) (metainformação – INE).

alterações biológicas/estruturais, que vão ter repercussão funcional ao nível dos diversos órgãos e sistemas. Nomeadamente, sistema cardiovascular, pulmonar, renal e génito-urinário, orofaringe e gastrointestinal, músculo-esquelético, nervoso e imunitário. É fundamental o conhecimento destas alterações, pelos profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, na avaliação da pessoa idosa, pois elas condicionam a apresentação da doença, a resposta ao tratamento e consequentemente os ganhos em saúde (Hartford Institute For Geriatric Nursing, 2012).

Face á heterogeneidade e singularidade da sintomatologia apresentada, a abordagem utilizada perante a pessoa idosa necessita de ser mais ampla, comparativamente a utentes de outras faixas etárias. Os aspetos a avaliar não podem apenas estar direccionados para o evento que está na origem da vinda ao hospital, mas também para os aspetos funcionais, mentais e sociais (Martín-Sánchez, Alonso & Merino, 2010).

Perante os problemas e necessidades apresentados, relacionados não só com o envelhecimento mas também potenciados pelo contexto ambiental e social em que se insere, torna-se necessário avaliar a pessoa idosa de forma multidimensional. Em que “avaliação geriátrica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico multidisciplinar, e frequentemente interdisciplinar, orientada para detectar problemas médicos, psico-sociais e funcionais do idoso, com o objectivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo.” (Veríssimo, 2006, p.490).

Com esta avaliação, pretendem-se identificar “ as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (...) para suprir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas.” (Sequeira, 2010, p. 43). A avaliação do estado funcional, físico e cognitivo, assim como a avaliação social, permitem determinar a independência funcional, identificando capacidades e limitações e fornecendo indicações quanto à rede de suporte social da pessoa idosa. Esta avaliação de carácter amplo permite o desenvolvimento de um plano integrado e coordenado de tratamento e *follow-up* e a seleção das intervenções mais adequadas a cada caso, (Lueckenotte, 2002; Stuck, Siu, Wieland, Adams & Rubenstein, 1993).

Para a realização de uma avaliação multidimensional é necessário uma abordagem sistematizada, com modelos adequados á população que se pretende avaliar, fazendo uma avaliação da pessoa idosa nos diversos planos (físico, mental, funcional e nutricional) enquadrando-o na realidade familiar e social em que vive (Veríssimo, 2006). Independentemente do modelo utilizado neste tipo de avaliação, diversos estudos demonstraram a sua eficácia na melhoria dos ganhos em saúde, nomeadamente na melhoria do declínio funcional do idoso (Caplan *et al.*, 2004; Ellis, Whitehead, O'Neill, Langhorne &

Robinson, 2011; Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chevalley, 2010; Hastings & Heflin, 2005; McCusker *et al.*, 2001; McCusker & Verdon, 2006).

Perante a falta de tempo e o excesso de trabalho, que se verifica na maioria das vezes nos SU, não é realístico pensar numa avaliação multidimensional a todas as pessoas idosas admitidas (Samaras *et al.*, 2010). No entanto, a monitorização e elaboração de protocolos com intervenções específicas podem ajudar a caracterizar os doentes que beneficiariam de uma avaliação mais pormenorizada no SU (Samaras *et al.*, 2010).

Também a *Commission on Dignity in Care for Older People* (2012), no Reino Unido, recomenda a avaliação multidimensional da pessoa idosa aquando da alta hospitalar. Baseados nos trabalhos de McCusker<sup>1</sup> e colegas propusemos a elaboração e aplicação de uma grelha que permita a avaliação multidimensional da pessoa idosa, anteriormente identificada como de risco de desenvolver eventos adversos em saúde após a vinda ao SU, através da aplicação da escala *Identification of seniors at risk* (ISAR), e que tem alta para o domicílio.

Esta grelha tem como intuito o adequado encaminhamento da pessoa idosa, na medida em que o uso de um instrumento estruturado permite uma atuação mais uniforme (Rosted, Wagner, Hendriksen, & Poulsen, 2012). A identificação de necessidades e recursos e adequado encaminhamento promove a continuidade de cuidados, através da articulação de cuidados entre o hospital e os serviços da comunidade.

Integrada num projeto que tem como objetivos implementar uma avaliação multidimensional de forma sistematizada à pessoa idosa admitida no Serviço de Observações de Neurociências (SONC) e promover a continuidade dos cuidados prestados à pessoa idosa com alta do SONC, esta grelha de avaliação foi elaborada considerando as características da população idosa a quem se destina, e as condições de um SU, em que a limitação do número de profissionais e as altas taxas de ocupação são fatores condicionantes na prestação de cuidados às pessoas idosas admitidas (Hwang & Morrison, 2007; Samaras *et al.*, 2010).

Tem como objetivos:

- Avaliar de forma multidimensional a pessoa idosa em risco de eventos adversos após a vinda ao SU;
- Identificar as necessidades e os recursos disponíveis no contexto socio-ambiental em que a pessoa idosa se insere com vista a um adequado encaminhamento;

---

<sup>1</sup> McCusker e colegas desenvolveram uma intervenção de enfermagem em dois passos para ser implementada no SU. A primeira fase consiste na identificação, através da escala ISAR, dos utentes de risco de desenvolver efeitos adversos em saúde após visita ao SU. A segunda fase, na avaliação dos utentes considerados de risco, de acordo com uma breve e estandardizada grelha de identificação de problemas em diversos domínios, e respetiva referência e encaminhamento (McCusker *et al.*, 2000, 2001, 2002, 2003).

- Promover a continuidade dos cuidados, através da transmissão fundamentada de informação pertinente.

Baseia-se nos pressupostos da avaliação multidimensional da pessoa idosa, (engloba os domínios físico, psicológico, social e ambiental) e nas principais síndromes geriátricas<sup>2</sup>. Encontra-se estruturada em nove domínios, que se dividem em diversos itens, em que todos apresentam fatores comuns e interagem de forma complexa e dinâmica. Este conhecimento é importante para os profissionais de saúde, pois de acordo com Fulmer (2007) citando Fulmer (1991) a presença de condições que funcionem como sinalizadores permite uma avaliação mais aprofundada e a implementação de intervenções dirigidas, preventivas e terapêuticas.

Pensada para ser preenchida num intervalo de tempo entre os quinze e os quarenta e cinco minutos, tem como requisitos ser de fácil e rápido preenchimento pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e sobretudo, fácil de responder e realizar pelas pessoas idosas a quem se destina.

As quedas<sup>3</sup> a parecem como um fator dominante na fundamentação teórica da grelha de avaliação. Tal, deve-se ao facto de as quedas serem uma ameaça grave na vida e independência das pessoas idosas, pela prevalência e consequências que acarreta (National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), 2008).

Os fatores de risco, que incluem fatores biológicos (problemas de mobilidade e equilíbrio, doenças como artrite e Acidente Vascular Cerebral, alterações de visão e alterações de sensibilidade nomeadamente nos pés); comportamentais (inatividade, ingestão álcool, efeitos colaterais dos medicamentos); ambientais (condições habitacionais e ambientais, espaços públicos não adaptados, uso de dispositivos de ajuda mecânica), aumentam com a idade e são condicionados pelas condições do envelhecimento, usualmente interagindo dois ou mais fatores e favorecendo o episódio de queda (NCIPC, 2008).

O risco de queda aumenta com a idade e a sua causa é cada vez menos considerada devida apenas a um fator (Close, 2005; Deandrea *et al.*, 2010; Deandrea *et al.*, 2013; Demura,

---

<sup>2</sup> Embora ainda não consensual na literatura, podemos considerar como síndromes geriátricas as condições mais comuns que afetam as pessoas idosas, de que são exemplo: o *delirium*, as quedas, a incontinência urinária, as úlceras de pressão entre outras. Condições altamente prevalentes na pessoa idosa, especialmente pessoas idosas frágeis, partilham causas e fatores de risco. Multifatoriais na sua origem, envolvem diversos órgãos e sistemas, sendo responsáveis por alterações profundas na capacidade funcional e qualidade de vida (Inouye, Studenski, Tinetti & Kuchel, 2007; Olde Rikkert, Rigaud, van Hoeyweghen & de Graaf, 2003).

Também valioso como referência no cuidado à pessoa idosa, o acrónimo *SPICES*, para as condições mais comuns na pessoa idosa que requerem intervenção de enfermagem (*Sleep disorders; Problems with eating or feeding; Incontinence; Confusion; Evidence of falls; Skin breakdown*). A utilização deste acrónimo na avaliação da pessoa idosa hospitalizada ao invés da enfatização na causa que origina a vinda do utente ao hospital pode permitir a identificação de necessidades menos evidentes (Fulmer, 2007).

<sup>3</sup> Queda é um evento que resulta na posição inadvertida de uma pessoa no chão ou outro nível inferior ao que se encontrava anteriormente (WhoHealth Organization, 2007). As quedas, devido às lesões provocadas, podem ser responsáveis por elevada percentagem de institucionalização de pessoas idosas e até morte, com uma taxa de admissão hospitalar maior nos grupos etários mais idosos (Masud & Morris, 2001).



Sato, Mitsumori & Sato, 2013; Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002) sendo recomendadas uma avaliação e intervenção multifatoriais (American Geriatrics Society/British Geriatrics Society, 2010; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013).

A par desta grelha de avaliação elaborámos também um manual, onde se encontram todos os dados referentes ao preenchimento da grelha, e/ou informações em itens que pensamos puderem suscitar dúvidas.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO

Os subcapítulos seguintes representam cada um dos domínios que constituem a grelha sendo individualmente fundamentados. No entanto, interessa reforçar que estes domínios apresentam uma dinâmica complexa, influenciando-se mutuamente.

### 1.1. Situação Sociodemográfica

Este domínio permite a avaliação do suporte social que o utente já possui, quais as suas necessidades e os recursos que podem ser mobilizados.

**Quadro 1-** Famílias clássicas unipessoais segundo os Censos: total e com 65 e mais anos

Anos	Famílias Unipessoais		
	Total	65+	% 65+
1981	379.245	196.978	51.9%
1991	435.864	241.717	55.5%
2001	631.762	321.054	50.8%
2011	866.827	406.942	46.9%

Fonte: Adaptado de PORDATA, 2012b; Última actualização:2012-11-20

De acordo com dados estatísticos fornecidos por Pordata (2012b), em Portugal 46.9% da população idosa, constituída por 406.942 indivíduos com 65 e mais anos, vivem sós. Durante a implementação deste projeto, a caracterização da nossa amostra, no período considerado para análise (9/12/2013 e 31/01/2014), facultou-nos uma percentagem menor, 13,6%, para uma percentagem de 37,7% que vive com o cônjuge.

Considerando a esperança de vida da população e a diminuição da natalidade é previsível que esta situação se mantenha, e até se agrave. Sendo considerado de alto risco

social a pessoa idosa que vive só, não tenha cuidador familiar, se apresente sem domicílio fixo ou com problemas económicos (Martín-Sánchez *et al.*, 2010).

As condições habitacionais são aspetos importantes na qualidade de vida das pessoas idosas. Elevada percentagem de quedas relatadas ocorrem no domicílio, em que as escadas e a falta de corrimão, a falta de barras de segurança na casa de banho, a existência de tapetes no chão e o pavimento irregular são alguns dos fatores frequentemente correlacionados a estes episódios de quedas (Amann, 2012). As condições existentes na casa de banho são um aspeto relevante, com várias pessoas idosas a referirem a altura da banheira como fator condicionante para a realização do banho.

## **1.2. Capacidade Funcional**

Num estudo realizado por Helvik, Selbæk & Engedal (2013) verificou-se que, um ano após alta hospitalar, a capacidade de desempenho das atividades básicas de vida diária (ABVD)<sup>4</sup>, em utentes com 65 ou mais anos tinha piorado, estando este agravamento associado a pior estado de saúde física, cognitiva e emocional. Piores desempenhos funcionais encontravam-se associados a pessoas com alterações cognitivas e pior qualidade de vida no aspeto físico, aquando da alta; assim como risco de quedas e aumento dos sintomas depressivos no período pós alta. Estes resultados levaram os autores a realçar a importância da aplicação de instrumentos de medida da capacidade funcional e estado emocional no planeamento da alta das pessoas idosas.

A diminuição da capacidade funcional é responsável pela perda de autonomia<sup>5</sup> e independência<sup>6</sup>, o que traz implicações na qualidade de vida da pessoa idosa (Veríssimo, 2006). A prevalência e o índice de risco de dependência nas ABVD são maiores em pessoas idosas que apresentam défice cognitivo, quedas, incontinência e alterações da visão, aspetos estes que necessitam de ser avaliados pelos profissionais de saúde (Cigolle, Langa, Kabeto, Tian & Blaum, 2007).

Identificar as atividades de vida em que existem maiores dificuldades, o mais precocemente possível, permite desenvolver, em parceria com o utente/família, estratégias adequadas no sentido de diminuir o declínio funcional.

---

<sup>4</sup> ABVD- definem-se pelo conjunto das atividades primárias da pessoa relacionadas com o autocuidado e com a mobilidade; atividades quotidianas essenciais, determinadas pela autonomia do indivíduo e realizadas regularmente no sentido de manter a sua independência no seu meio habitual. Incluem atividades como: usar a casa de banho, arranjar-se, tomar banho, vestir-se, deambular (Sequeira, 2010).

<sup>5</sup>Autonomia - está relacionada com a capacidade cognitiva do indivíduo para tomar as suas decisões (Sequeira, 2010).

<sup>6</sup>Independência - encontra-se associada à capacidade de desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida, que permitem ao indivíduo manter-se sem ajuda de outrem no seu ambiente (Sequeira, 2010).

Para avaliação da capacidade funcional baseamo-nos no Índice de Barthel, que permite avaliar as ABVD e já se encontra validado para a população portuguesa. As razões para a escolha deste índice em particular são várias. A primeira prende-se com o fato de este ser reconhecido como um instrumento válido e fácil de aplicar na prática, em que a avaliação dos diversos itens, mais importante que o score final, permite identificar o nível de dependência em cada atividade, o que mostra ser relevante no planeamento de cuidados personalizados (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

O índice de Barthel foi ainda considerado o instrumento de avaliação mais adequado, por este trabalho decorrer numa unidade de neurociências, onde são admitidos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Acidente Isquémico Transitório (AIT), sendo este um dos instrumentos referenciado pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2011)<sup>7</sup> na norma de saúde alusiva ao AVC. Outra razão prende-se ainda com a possibilidade de, ao utilizar um instrumento reconhecido e largamente difundido, os dados obtidos neste estudo poderem ser utilizados em trabalhos futuros.

### **1.3. Função Cognitiva/Estado Emocional**

A orientação autopsíquica e alopsíquica é um dado importante na manutenção da autonomia da pessoa idosa residente na comunidade.

A memória, já considerada no instrumento de monitorização ISAR, é agora avaliada com o teste de evocação e retenção, retirado do *Mini Mental Assessment* (MMA).

A importância de questionar a pessoa idosa quanto à existência de problemas de memória, prende-se com resultados de estudos recentes, que mostram um risco significativamente maior de demência e doença de Alzheimer, em pessoas que apresentam perda subjetiva de memória (Reisberg *et al.*, 2010). Esta condição, também chamada de défice cognitivo subjetivo<sup>8</sup>, ocorre tipicamente em pessoas com 65 e mais anos e, pode ser definida quando uma pessoa acredita que as suas capacidades mentais, incluindo a memória, não são tão boas quanto há cinco ou dez anos atrás (Reisberg *et al.*, 2010).

Alterações cognitivas e depressão, condições clínicas frequentes nas pessoas idosas, são considerados preditores de fraca adesão terapêutica (MacLaughlin *et al.*, 2005). Défices de memória podem conduzir ao uso inadequado dos medicamentos, por dificuldade em perceber as indicações transmitidas e por esquecimento das tomas, o que pode conduzir à ingestão deficitária ou, pelo contrário, em excesso (Wyles & Rehman, 2005). Défices de

---

<sup>7</sup>Direção Geral de Saúde (2011a). Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação.

<sup>8</sup> Déficit cognitivo subjetivo traduzido do inglês *subjective cognitive impairment* (SCI)

memória podem ainda ser responsáveis por acidentes, podendo colocar a vida da pessoa idosa, ou outros, em risco.

Devido à afluência de um número elevado de pessoas idosas ao SU, este pode ser um bom local para a identificação de quadros de depressão e alterações cognitivas, através de uma ação sistematizada. (Shah *et al.*, 2011).

A evidência atual aponta como fatores para o aparecimento da depressão, entre outros, a falta de apoio familiar, os recursos económicos, a perda de capacidade de se deslocar livremente, a perda de possibilidade de se ocupar com passatempos habituais, a doença física e o isolamento social (Barreto, 2006). A existência de doenças concomitantes e a dependência influenciam diretamente o aparecimento de estados depressivos. Também o estado civil aparece como fator responsável. Mais especificamente, pessoas idosas viúvas apresentam índices mais elevados de depressão (Drago & Martins, 2012).

Considerada a perturbação psiquiátrica mais comum nas pessoas idosas, a depressão (Marques & Ramalheira, 2006), é responsável por 60% das admissões das pessoas idosas na Psiquiatria (Spar & La Rue, 2005). Conduz a sentimentos de tristeza e isolamento e, embora associada a pessoas de todas as idades, é nas idades avançadas que atinge os índices mais elevados de morbilidade e mortalidade (Drago, Martins, 2012), sendo o suicídio uma complicação frequente (Barreto, 2006).

Para avaliação de alterações sugestivas de depressão optámos por considerar uma única pergunta (Sente-se muitas vezes triste, ou sem esperança?) derivada da *Geriatric Depression Scale* (GDS). Esta última já validada para português, é um instrumento elaborado especificamente para aplicação em pessoas idosas, fácil de aplicar, com excelentes propriedades psicométricas e já considerada um instrumento do domínio público (Apóstolo, 2012).

Segundo Mahoney *et al.* (1994) o uso de um item único pode ser utilizado em vez da escala ou de forma complementar, apresentando um forte correlação entre os resultados obtidos com estes dois instrumentos (item único versus GDS). A utilização desta questão pode ser uma alternativa num contexto mais apressado (Mahoney *et al.*, 1994).

Atendendo à resposta obtida poderá ser considerada a aplicação da GDS - *Short- form* com 15 itens (GDS-15), também já validada para Portugal, versão de Apóstolo datada de 2011 (Apóstolo, 2012). No entanto, e de acordo com Mahoney *et al.* (1994), uma resposta positiva à questão única implica uma avaliação clínica aprofundada, no sentido de determinar o diagnóstico de depressão.

#### 1.4. Comunicação

Neste domínio foram consideradas os itens visão, audição e a fala/linguagem. Não só atendendo à faixa etária a quem se destina este instrumento, mas também à especificidade do serviço onde está a ser desenvolvido este projeto, neurociências, estes são aspetos pertinentes.

O uso inapropriado dos medicamentos é uma das consequências do défice de visão (Wyles & Rehman, 2005). Razões apontadas para a não adesão à terapêutica são a diminuição da acuidade visual e auditiva, assim como a diminuição da destreza manual, que dificultam a perceção das orientações, leitura das prescrições e rótulos, diferenciação das cores e tamanho dos comprimidos e abertura das embalagens (MacLaughlin *et al.*, 2005; Abdulraheem, 2013).

Alterações visuais e também, embora menos significativas, auditivas são considerados fatores de risco importantes em episódios de quedas (Deandrea *et al.*, 2010). De acordo com alguns estudos, défices de visão duplicam, em média, este risco, que vai aumentando à medida que se agrava o défice (Harwood, 2001).

Pessoas idosas com limitações funcionais apresentam mais restrições à realização das atividades de vida diária, tornando-se menos independentes, destacando-se a importância da deteção precoce (Schneider, Marcolin & Dalacorte, 2008).

Neste domínio deve ser referenciado se existem ou não alterações de função, e deve colocar-se em observações tudo o que for pertinente e/ou possa ter repercussão na qualidade de vida da pessoa idosa.

Devido não só ao avançar da idade, mas dada a prevalência de pessoas idosas com AVC que cuidamos, justificado pela especificidade do serviço de implementação deste projeto, e como já referenciado anteriormente, diariamente deparamos com elevado número de pessoas idosas que apresentam compromisso na comunicação.

Pela importância de que este domínio se reveste, utilizámos no item Fala uma questão do instrumento *easycare* (Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?). Instrumento validado para português por Figueiredo e Sousa em 2001 com boas características psicométricas para a população portuguesa, que permite a avaliação da saúde física, mental, social e do bem-estar de uma pessoa idosa (Sequeira, 2010). As razões da escolha desta questão prendem-se com o facto de pertencer a um instrumento já validado em Portugal e considerarmos que responde ao objetivo pretendido.

## 1.5. Quedas

As quedas são um problema comum nas pessoas idosas, verificando-se um aumento na taxa de quedas em idades mais avançadas, com resultados finais em saúde que podem conduzir à institucionalização ou mesmo morte da pessoa idosa (Close, 2005; Riefkohl, Bieber, Burlingame & Lowenthal, 2003; Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002; Ziere *et al.*, 2006).

O conhecimento e compreensão dos fatores de risco e mecanismos das quedas são essenciais no desenvolvimento de estratégias que reduzam estes acidentes em pessoas idosas residentes na comunidade (Amann, 2012; NCIPC, 2008).

A avaliação e recolha de informação acerca dos eventos que rodeiam uma queda são fundamentais (Close, 2005). Perguntar a todos os utentes idosos acerca de história de queda e dificuldades na marcha e no equilíbrio deve ser o primeiro passo de uma abordagem na prevenção de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade (Tinetti, 2003).

Pessoas idosas que recorrem aos serviços de saúde devem ser inquiridas de forma rotineira acerca da ocorrência de episódio de quedas, frequência, contexto e características das quedas (NICE, 2013). Uma avaliação multifatorial do risco de quedas deve ser realizada às pessoas idosas que são admitidas nos serviços de saúde devido a episódio de queda, que refiram quedas recorrentes no ano anterior ou que apresentem alterações da marcha e/ou do equilíbrio (American Geriatrics Society/British Geriatrics Society, 2010; NICE, 2013).

Usualmente multifatoriais na sua origem é especialmente importante considerar os fatores de risco no sentido de se desenvolverem e implementarem estratégias de prevenção (Close, 2005; Deandrea *et al.*, 2010; Deandrea *et al.*, 2013; Demura *et al.*, 2013; Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002).

Alterações da marcha e do equilíbrio assim como história prévia de quedas, o uso de dispositivos de apoio de marcha, alterações visuais, artrite, depressão, alterações cognitivas, incapacidade de realizar as ABVD, idade avançada (superior a 80 anos), vertigens, Doença de Parkinson, medo de cair e o uso de medicação encontram-se associados a risco agravado de queda (Close, 2005; Deandrea *et al.*, 2010; Huang *et al.*, 2012; Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002; Ziere *et al.*, 2006).

O estudo de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) com meta análise, sobre os fatores de risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade, demonstrou que a idade avançada é o principal fator, aumentando o risco à medida que avança a idade (Deandrea *et al.*, 2010). Esta revisão destacou ainda como fatores de risco, o viver só e o sexo feminino. A incapacidade de se levantar após uma queda foi reportada como fator preditor de queda subsequente (Close, Hooper, Glucksman, Jackson & Swift, 2003).

De acordo com Demura *et al.* (2013), as alterações da mobilidade em pessoas idosas residentes na comunidade, podem contribuir para o declínio funcional, sendo o fator que mais influencia o risco de queda.

A mobilidade reduzida, como um fator preditivo significativo de risco de queda (Stenhagen, Ekström, Nordell & Elmståhl, 2013), torna a avaliação da marcha e do equilíbrio fundamental no desenvolvimento de estratégias de prevenção de quedas.

Para alguns autores, história prévia de queda, uso de apoios de marcha e polimedicação são fortes preditores de quedas futuras e portanto, úteis na identificação de pessoas idosas em risco de cair. Devendo como tal, ser incluídos nas avaliações realizadas, mas não ser encarados como fatores causais mas sim como indicadores de um problema subjacente e, esse sim, deve ser considerado o verdadeiro agente causal (Close, 2005; Deandrea *et al.*, 2013).

Avaliar se uma queda interferiu com a capacidade funcional da pessoa idosa e/ou se afetou o modo como desenvolve as suas atividades diárias, pode indicar o quanto vai necessitar de ajuda e se tem ou não condições para morar só (Fhon *et al.*, 2012). O medo de cair é uma consequência reconhecida em pessoas idosas que sofreram quedas, que pode conduzir à restrição das atividades diárias imposta pelo próprio, com pior desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que por sua vez pode originar agravamento do declínio funcional, depressão, sentimentos de desamparo e isolamento social (Close, 2005; Dias *et al.*, 2011; Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002).

Diversos estudos demonstram que o risco de queda aumenta significativamente com o aumento do número de fatores de risco existentes, mas tão importante como identificar os possíveis riscos existentes, é avaliar a interação existente entre os diversos fatores (Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002; Tinetti, 2003).

Como causas mais comuns para as quedas temos a) Condições ambientais e a suscetibilidade de cada pessoa idosa face a essas condicionantes (devido ao próprio processo de envelhecimento e às patologias apresentadas); b) Alterações visuais, auditivas e de memória, que tendem a aumentar o número de quedas; c) Alterações da marcha e fraqueza muscular; d) Tonturas; e) *Drop attacks*; f) Confusão e alterações cognitivas; g) Hipotensão ortostática; h) Síncope; i) Artrite, doença aguda, alterações do sistema nervoso central, efeitos colaterais medicamentosos e ingestão alcoólica (Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002; Souchet, Lapeyre-Mestre & Montastruc, 2005).

Especialmente importantes, como fatores de risco de queda, são os fármacos com ação sedativa (benzodiazepinas e antidepressivos), anti hipertensora, diurética, vasodilatadora, (especificamente nitratos) e beta-bloqueantes (Rubenstein, 2006; Rubenstein & Josephson, 2002, Souchet *et al.*, 2005).

Identificar fatores de risco e as causas das quedas tal como compreender as circunstâncias em que ocorrem vai, com certeza, contribuir para a identificação de necessidades e estabelecimento de medidas de prevenção.

Para avaliação da marcha e equilíbrio baseamo-nos nos testes *Get Up and Go* e *Timed Get Up and Go*. Testes simples e sem recurso a materiais diversos, recomendados para a identificação individual dos fatores intrínsecos de risco de quedas (DGS, 2012; Kimbell, 2001; Wall, Bell, Campbell & Davis, 2000).

Na quantificação dos episódios de queda utilizámos o critério de um ano pois é o critério largamente difundido na literatura e utilizado em diversos estudos (Close *et al.*, 2003; Tiedemann *et al.*, 2013; Stubbs *et al.*, 2014), e também adotado pela DGS na caracterização do risco individual de acidente (Amann, 2012) e pela NICE (2013).

Também as *guidelines*, desenvolvidas por um painel de peritos da *American Geriatrics Society* e *British Geriatrics Society* (2010), corroboram um ano como o período de tempo que é utilizado no rastreio do número de quedas, e os testes, anteriormente referenciados, como alguns dos testes recomendados na avaliação da marcha e equilíbrio.

A escala de Morse é utilizada neste item, por ser uma escala em fase de implementação no serviço<sup>9</sup>. Largamente difundida e reconhecida, pode fornecer informações uteis no estabelecimento de estratégias na comunidade.

## 1.6. Dor

Um dos focos de atuação de enfermagem é a promoção do conforto e o alívio/gestão da dor<sup>10</sup> (Horgas & Yoon, 2008). Instituída como o 5º Sinal vital (DGS, 2003), deve ser utilizada para a sua mensuração uma das escalas referidas na norma publicada.

Neste domínio entendemos que a dor aguda se reporta à dor decorrente do evento que conduz a pessoa idosa ao SU, enquanto a dor crónica se refere a queixas anteriores que possam ter repercussões na qualidade de vida e bem-estar.

De acordo com uma RSL e meta-análise realizada, que tinha como foco a associação entre a dor e as quedas em pessoas idosas (definidas como adultos com uma média de idade superior a 60 anos) residentes na comunidade, primeiro considerando a percentagem de quedas no período de um ano de indivíduos com e sem dor, e segundo investigando a

---

<sup>9</sup> Com indicação para ser aplicada a todos os utentes no SONC quando perfazem as 24h de admissão no hospital.

<sup>10</sup> A dor, de acordo com o que se pode ler na Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003, associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial, e pode ser definida como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente e é considerada norma de boa prática o registo sistematizado da dor.



associação entre dor e quedas, os resultados indicam que a dor se encontra associada ao aumento da probabilidade de cair (Stubbs *et al.*, 2014).

A localização e duração da dor estão associadas a diferentes riscos de queda, o que pode fornecer informações valiosas aos profissionais de saúde. A dor no pé e anca, mais expressiva ainda a primeira, estão significativamente associadas ao risco de queda, havendo diversos estudos que fazem essa associação com a dor no joelho, quando a dor é severa ou crônica. Outras zonas do corpo, que não as anteriores, estão também associadas ao aumento da probabilidade de queda, mostrando ainda os resultados que a dor crônica está associada à probabilidade de queda em 80%. A relevância da associação entre a dor no pé e a dor crônica com as quedas é maior que nalguns riscos comumente considerados, nomeadamente, compromisso cognitivo, depressão, alterações visuais e o uso de sedativos (Stubbs *et al.*, 2014).

Ainda de acordo com o mesmo estudo, os autores apontam para a necessidade de, nas pessoas idosas, se avaliar de forma sistematizada a dor, principalmente dor nos pés, nos utentes com risco aumentado de queda, assim como questionar história de quedas nos utentes com dor, reconhecendo que episódios de queda são preditores de futuras quedas e que a adequada gestão da dor pode reduzir o risco de queda (Stubbs *et al.*, 2014).

Por outro lado a dor pode ser um fator agravante da imobilidade, com consequente declínio funcional e aumento da dependência, assim como do isolamento e da depressão na pessoa idosa.

### **1.7. Medicação**

Devido ao maior número de comorbilidade, as pessoas idosas apresentam geralmente um consumo mais elevado de medicamentos (Abdulraheem, 2013; Aparasu, Mort & Brandt, 2005), o que aumenta o risco de medicação inapropriada e interações medicamentosas (Aparasu *et al.*, 2005; Delafuente, 2003). Deve ainda ser considerada a medicação não prescrita, pessoas idosas residentes na comunidade tomam de forma regular, de um a três medicamentos não prescritos (Delafuente, 2003).

A polimedicação é uma preocupação major devido ao potencial risco de interações medicamentosas, não adesão medicamentosa, risco aumentado de hospitalizações, erros de medicação e custos associados com regimes terapêuticos inapropriados (Wyles & Rehman, 2005), estando o uso de três ou mais medicamentos associado a um maior risco de quedas (Riefkohl *et al.*, 2003). A polimedicação como causa de não adesão medicamentosa é ainda agravada pela presença de alterações visuais ou cognitivas, decorrentes do próprio processo de envelhecimento (Abdulraheem, 2013).

E, embora o conceito de polimedicação não tenha consenso na literatura (Fulton & Allen, 2005; Wyles & Rehman, 2005), polimedicação pode ser definida pelo número de medicamentos que constituem o regime terapêutico ou pelo uso de medicação não adequada (Aparasu *et al.*, 2005; Fulton & Allen, 2005). Pode ser simplesmente definida como o uso concomitante de vários fármacos, posição adotada pela American Nurses Association em 1990; quando os fármacos não têm indicação clínica clara; ou então pelo número de fármacos, que pode variar entre apenas dois ou mais de cinco princípios ativos (Aparasu *et al.*, 2005; Wyles & Rehman, 2005).

Alguns investigadores consideram ainda polimedicação como o uso de pelo menos um fármaco desnecessário; enquanto outros o uso de um fármaco para tratar os efeitos adversos de outro, embora existam exceções (como exemplo o suplemento de potássio em terapêutica diurética ou suplemento de cálcio em terapia de longa duração com esteroide) (McVeigh, 2001).

As alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, decorrentes do processo de envelhecimento, em conjunto com alterações funcionais e cognitivas frequentemente presentes, associadas a regimes terapêuticos complexos, tornam estes doentes mais vulneráveis a reações adversas dos medicamentos<sup>11</sup> (RAM) (Fulton & Allen, 2005; Martín-Sánchez *et al.*, 2010; Wyles & Rehman, 2005).

As RAM <sup>12</sup>mostraram ser sete vezes mais comuns em pessoas na faixa etária dos 70-79 anos do que na faixa etária dos 20-29 anos (Chutka, Takahashi & Hoel, 2004), podendo levar a hospitalização, incapacidade permanente e/ou morte (Hanlon, Schmader & Semla 2003).

A probabilidade de interação medicamentosa aumenta exponencialmente com o aumento do número de medicamentos (Aparasu *et al.*, 2005; Fulton & Allen, 2005). Por exemplo, estima-se que essa probabilidade seja de 6% para dois fármacos, 50% para cinco e quase 100% para sete ou mais (Delafuente, 2003; Wyles & Rehman, 2005). O número de fármacos administrados aparece como o melhor preditor para potenciais interações medicamentosas (Gallagher, 2001).

---

<sup>11</sup> Reação sensivelmente nociva ou desagradável, resultante de uma intervenção relacionada com o uso de um medicamento. (Aronson & Ferner, 2005).

<sup>12</sup> Embora referindo-se ao mesmo fenómeno, alguns autores distinguem entre reação adversa e efeito adverso do medicamento. Enquanto o primeiro é encarado do ponto de vista do utente o segundo é visto do ponto de vista do medicamento. O utente tem uma reação, o medicamento causa um efeito. Distinção pode ainda ser feita entre efeito (ou reação) adverso e evento adverso; o primeiro é um resultado adverso que pode ser atribuído, com alguma segurança, à ação do medicamento, enquanto o segundo é um resultado adverso que ocorre durante a tomada do medicamento, ou algum tempo após, e que pode ser ou não atribuído à sua ação (Aronson & Ferner, 2005).

No entanto há ainda que considerar as interações dos fármacos com os alimentos e suplementos nutricionais (Delafuente, 2003), produtos de ervanária e álcool (este último aspeto referenciado no domínio Nutrição).

De acordo com estudos efetuados, larga percentagem de RAM em pessoas idosas, responsáveis por grande número de hospitalizações, foram consideradas como passíveis de prevenção (Budnitz *et al.*, 2011; Hanlon *et al.*, 2013). A apresentação atípica da doença na pessoa idosa pode ser “responsável” pela não deteção de uma RAM, e a consequente adição de novos fármacos dirigidos a esta nova situação podem levar, nalguns casos, à chamada cascata de prescrição<sup>13</sup> (Martín-Sánchez *et al.*, 2010).

Devido à já referenciada apresentação atípica da sintomatologia na pessoa idosa, as RAM podem-se manifestar por aumento da frequência de quedas, aumento da confusão, excessiva sedação, retenção urinária, diminuição da ingestão alimentar ou alterações no estado geral (Chutka *et al.*, 2004).

Resultados de alguns estudos efetuados associaram a polimedicação a um maior risco de défice cognitivo e incontinência urinária, e mostraram que pessoas idosas a fazer dois agentes psicotrópicos apresentavam risco aumentado de queda relativamente às que apenas se encontravam a fazer um fármaco com ação no sistema nervoso central (Abdulraheem, 2013). O uso de benzodiazepinas, neurolépticos, antidepressivos, diuréticos e analgésicos ópioides encontra-se associado um significativo aumento do risco de quedas (Close, 2005; Huang *et al.*, 2012; Riefkohl *et al.*, 2003; Rubenstein & Josephson, 2002; Woolcott *et al.*, 2009).

O tratamento crónico com antihipertensores não está associado a um maior risco de quedas, no entanto não devem ser descuradas situações individuais de hipotensão ortostática provocada por estes fármacos (Riefkohl *et al.*, 2003). Na prática clínica a nossa perceção é que muitas vezes se encontram associados a outras terapêuticas com efeitos hipotensores.

Aos antidiabéticos orais e insulina está associado um risco aumentado de queda devido aos possíveis eventos de hipoglicémia (Huang *et al.*, 2012). O risco de queda também se encontra associado ao uso de antiepiléticos, devido aos efeitos secundários sobre o sistema nervoso central (sedação, tonturas e ataxia), ainda que os estudos existentes sejam limitados (Huang *et al.*, 2012).

O risco de quedas, já presente em utentes com doença de Parkinson pela própria patologia, encontra-se ainda associado aos anti parkinsonícos, ao contrário dos inibidores da colinesterase e da memantina, utilizados em situação de diagnóstico de demência, em que se torna necessário mais investigação (Huang *et al.*, 2012).

---

<sup>13</sup> Cascata de prescrição- quando um evento adverso do medicamento é interpretado como uma nova condição clínica e como consequência é feita uma nova prescrição terapêutica para a tratar (Abdulraheem, 2013).

Importa referir que, mais importante que considerar cada grupo terapêutico por si só, interessa considerar os efeitos fármaco terapêuticos resultantes da interação dos vários fármacos (Riefkohl *et al.*, 2003).

A reconciliação terapêutica<sup>14</sup> é fundamental na gestão medicamentosa e na continuidade dos cuidados, essencial na melhoria dos cuidados e nos ganhos em saúde. Processo sistematizado que visa a segurança do utente, requer uma abordagem interdisciplinar e comunicação coordenada (American Pharmacists Association and American Society of Health-System Pharmacists, 2012; Voss, 2011).

Alterações de terapêutica efetuadas num SU carecem, na maioria das vezes, do tempo necessário para a pessoa idosa se inteirar de forma conveniente, pelo que toda a informação relativa a qualquer mudança/omissão de fármaco ou dose parece essencial na transmissão de informação.

## 1.8. Nutrição

Ao envelhecimento encontram-se associadas alterações fisiológicas e socioeconómicas, que podem influenciar gravemente o estado nutricional das pessoas idosas, tornando-os mais suscetíveis ao risco de subnutrição. Situação que, se não for precocemente identificada e tratada, pode conduzir ao estado de desnutrição. Identificar o risco de forma precoce é fundamental, pois nesta fase as ações desenvolvidas tornam-se mais eficazes, na consecução do objetivo que é normalizar o estado nutricional (Skates & Anthony, 2012).

Num estudo realizado por Hirose *et al.* (2013) com adultos dependentes com 65 e mais anos a viver na comunidade ou institucionalizados, verificou-se que os participantes do grupo dos indivíduos desnutridos apresentavam maior número de síndromes geriátricas. Uma alta prevalência de síndromes geriátricas, exceto quedas, foram detetadas no grupo com pior *status* nutricional, tendo os autores concluído que a subnutrição se encontra significativamente associada às síndromes geriátricas nas pessoas idosas dependentes.

Um outro estudo, em que foi avaliada a variação de peso durante três anos de três grupos de pessoas idosas, confirmou que o declínio de peso, mesmo que ligeiro, é um importante sinal de alerta no risco de mortalidade em pessoas idosas, mostrando a

---

<sup>14</sup> De acordo com American Pharmacists Association and the American Society of Health-System Pharmacists (2007), a reconciliação terapêutica define-se como a avaliação global de um regime terapêutico sempre que existe uma alteração de terapêutica, no sentido de evitar erros de medicação, tais como omissões ou duplicação de fármacos, erro de dosagens ou interações medicamentosas, assim como observar padrões de adesão terapêutica. Este processo deve incluir uma comparação entre regimes terapêuticos prévios e os existentes, e deve ocorrer em cada situação de transição de cuidados, em que nova medicação seja prescrita, a existente seja alterada ou, ainda, se o utente se auto medicou (The American Pharmacists Association and the American Society of Health-System Pharmacists, 2012).

necessidade de vigiar o peso em indivíduos mais magros ou que pareciam apresentar o peso considerado ideal (Newman *et al.*, 2001).

Idade avançada, incapacidade funcional, existência de comorbilidades, admissão prévia no hospital, compromisso cognitivo, ser fumador, viuvez e um baixo peso inicial estão associados a uma maior probabilidade de perda de peso (Alibhai, Greenwood & Payette, 2005). Também fatores socioeconómicos, saúde dentária deficiente, dificuldade em mastigar e/ou engolir, alterações de visão e audição, artrite, situações de *stress*, tais como doença ou morte de um familiar, e depressão estão associados a uma dieta alimentar de menor qualidade e devem ser investigados (Alibhai *et al.*, 2005).

Mais recentemente, Stajkovic, Aitken & Holroyd-Leduc (2011) alertaram para a existência de alguns fatores de risco que podem estar na base de uma perda de peso não intencional nas pessoas idosas. Nomeadamente, fatores físicos: dificuldade em mastigar e/ou engolir, recente admissão no hospital (três meses anteriores), obstipação, mobilidade comprometida, quedas, determinados fármacos, úlceras de pressão, dor contínua; fatores psicológicos: demência, *stress* psicológico; e fatores sociais: reduzida atividade social e recursos económicos diminuídos. A identificação destes fatores de risco e a revisão da medicação efetuada é fundamental (Stajkovic *et al.*, 2011).

Realizar um rastreio de forma rotineira permite a identificação precoce das pessoas idosas em risco de desnutrição, possibilitando a implementação de intervenções atempadas que previnam a desnutrição (Lee *et al.*, 2013).

Neste domínio optámos por introduzir uma questão retirada da triagem do *Mini Nutritional Assessment* (MNA), porque este é considerado uma ferramenta de triagem em nutrição para adultos com 65 e mais anos, altamente específico e estudado por diversos autores (Skates & Anthony, 2012). Além de que já se encontra validado para a população portuguesa, inicialmente por Loureiro (2004) num estudo com pessoas idosas internadas e posteriormente por Loureiro (2008) para pessoas idosa internadas e em ambulatório.

Dada a dificuldade em determinar o Índice de Massa Corporal (IMC) num SU, e tal como no MNA, decidimos pela inclusão na grelha de avaliação, da medida da circunferência da perna que é um dado objetivo que alerta para o risco de desnutrição.

Outro aspeto importante são as alterações devidas à ingestão de álcool, frequentes nas pessoas idosas, mas que são no entanto, subestimadas e menosprezadas (Caputo *et al.*, 2012). Embora possam ingerir menor quantidade, comparativamente com indivíduos mais jovens, apresentam mais problemas de saúde relacionadas com a ingestão de álcool (Gossop *et al.*, 2007).

Devido à metabolização mais lenta e à diminuição da percentagem de água no corpo humano, as pessoas idosas são mais sensíveis aos efeitos do álcool e a sua tolerância

diminui, comparativamente a pessoas mais jovens, (NIH<sup>15</sup>SeniorHealth, 2012). As mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento permitem os efeitos nocivos do álcool com níveis mais baixos de consumo, e o consumo excessivo de álcool pode agravar os problemas de saúde já existentes (Gossop *et al*, 2007).

Além da associação entre o excessivo consumo de álcool e o aparecimento de determinadas patologias, alterações cognitivas e lesões traumáticas, o álcool pode ainda, potenciar o efeito de determinados fármacos ou, pelo contrário, diminuir o seu efeito terapêutico, e também aumentar o risco de efeitos adversos (McVeigh, 2001).

A associação do álcool com determinados medicamentos pode trazer sérias consequências. Nomeadamente, a interação com a aspirina e anticoagulantes aumenta o risco de hemorragia; a interação com anti-histamínicos pode provocar aumento de sonolência assim como o uso concomitante de antidepressivos, sedativos ou alguns analgésicos (NIHSeniorHealth, 2012).

Mesmo o uso moderado de álcool é potencialmente prejudicial, surgindo como um fator de risco de quedas, alteração de memória, má gestão de medicação e dieta inadequada, com consequentes limitações na realização de uma vida independente (Clough, Harter, Nugent, Fox & Watkins, 2004). O que demonstra a necessidade e importância de realizar o rastreio do abuso e dependência do álcool, de forma rotineira e como parte integrante da recolha de informação, nas unidades de saúde (Huang *et al.*, 2012).

Embora as quantidades de álcool tenham de ser necessariamente menores que para pessoas de grupos etários mais jovens, ainda não se encontram estabelecidos limites para a ingestão de bebidas alcoólicas para as pessoas idosas (O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor, 2003). De acordo com o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) a recomendação, da ingestão de álcool para as pessoas com 65 e mais anos, é de até sete bebidas por semana e nunca mais de três bebidas por dia. Esta ingesta está ainda condicionada à presença de determinados problemas de saúde e ao uso concomitante de determinados medicamentos (NIHNational Institute on Aging, 2012). De acordo com o mesmo organismo considera-se uma bebida *standard* uma bebida de 0,6 onça fluida <sup>16</sup>(fl oz) ou que contenha 14gr de álcool. No manual da grelha de avaliação encontra-se um apêndice com os exemplos descritivos de bebidas *standard* e as respetivas comparações.

---

<sup>15</sup> NIH- National Institute of Health

<sup>16</sup> 1 fl oz é equivalente a 29-30 cl pelo que 0,6 é equivalente a 18cl.

## 1.9. Alterações da Pele

Neste domínio incluímos dois itens: o resultado da aplicação da escala de Braden e a descrição de lesões traumáticas, ou outras, que a pessoa idosa apresente.

Relativamente ao primeiro item, as úlceras de pressão são um foco de atenção dos enfermeiros e a sua prevalência é reconhecida como um dos indicadores de qualidade de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Aleixo, Escoval, Fontes & Fonseca, 2011). Embora raras nos utentes com alta para o domicílio, pareceu-nos pertinente a inclusão da avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão dado que, na gestão das úlceras de pressão a prevenção assume-se como prioritária, e o esforço da equipa multidisciplinar e os custos para o sistema de saúde são menores do que os despendidos no tratamento (Lima & Fernandes, 2008).

A aplicação da escala de Braden<sup>17</sup> encontra-se em fase de implementação no serviço<sup>18</sup> e, também por esta razão, e tal como referente à escala de Morse no domínio das quedas, considerámos importante a inclusão na grelha de avaliação dos dados obtidos com a sua aplicação.

A descrição das lesões traumáticas ou outras, que a pessoa idosa apresenta, pareceu-nos pertinente. É nossa percepção que elevado número de pessoas idosas admitidas no SONC apresenta lesões relacionadas com a queda, a maioria das quais necessita de um acompanhamento pelos serviços de saúde da comunidade após alta. Em lesões menos recentes a vinda ao SU pode proporcionar o encaminhamento adequado.

## CONCLUSÃO

A pertinência desta fundamentação teórica prende-se com a elaboração de uma grelha de avaliação multidimensional da pessoa idosa, no decurso de um projeto desenvolvido em âmbito académico. Considerámos ainda pertinente esta fundamentação no envolvimento dos enfermeiros no projeto, no sentido de proporcionar a transmissão do conhecimento que está na base da grelha de avaliação.

Ao elaborarmos a grelha de avaliação pretendemos que não fosse uma aplicação sucessiva e consequentemente exaustiva de instrumentos de avaliação que consideramos, tal como confirmado pela literatura, pouco adequado ao ambiente de um SU.

---

<sup>17</sup> Direcção-Geral da Saúde (2011b). Orientação número 017/2011 de 19/05/2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*.

<sup>18</sup> Com indicação para ser aplicada aos utentes admitidos há 24 horas no serviço.

Pretendemos sim, que seja uma ferramenta útil na avaliação multidimensional da pessoa idosa admitida num SU, que é identificada como de risco de desenvolver efeitos adversos em saúde e que tem alta para o domicílio. Um instrumento direcionado para as pessoas idosas e adaptado às características de um SU, que de uma forma estruturada permita uma avaliação em diversos domínios.

Esperamos que a aplicação desta grelha de avaliação pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, se venha também a revelar uma mais-valia na promoção da continuidade de cuidados, através da transmissão de informação pertinente, e que permita impulsionar a articulação de cuidados entre o hospital e os serviços da comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdulraheem, I. S. (2013). Polypharmacy: A Risk Factor for Geriatric Syndrome, Morbidity & Mortality. *Journal of Aging Science*, 1, 100-103.  
**doi:** 10.4172/2329-8847.1000e103

Adams, J. G. & Gerson, L. W. (2003). A New Model for Emergency Care of Geriatric Patients. *Academic Emergency Medicine*, 10 (3), 271-274.  
**doi:**10.1197/aemj.10.3.271

Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R. & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, Série 3 (3), 141-149.

Alibhai, S. M., Greenwood, C. & Payette, H. (2005). An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (6), 773-80. **doi:** 10.1503/cmaj.1031527

Amann, G P. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE: Lisboa. Acedido em 10/01/2014. Disponível on-line em [www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx)

American Geriatrics Society & British Geriatrics Society, Panel on Prevention of Falls in Older Persons (2010). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 59, 148–157.  
**doi:** 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x

American Pharmacists Association & American Society of Health-System Pharmacists (2012). *Improving Care Transitions: Optimizing Medication Reconciliation*. Acedido em 20/12/2013. American Pharmacists Association and American Society of Health-System Pharmacists: USA. Acedido em 20/12/2013.



Disponível

[http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/2012\\_improving\\_care\\_transitions.pdf](http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/2012_improving_care_transitions.pdf)

- Aminzadeh, F. & Dalziel, W. B. (2002). Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 39 (3), 238-247. **doi:**10.1067/mem.2002.121523
- Aparasu, R. R., Mort, J. R. & Brandt, H. (2005). Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 1, 446–459. **doi:**10.1016/j.sapharm.2005.06.004
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Documento para apoio realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em 15/11/2013. Disponível em [www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538](http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538)
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 25 (2), 59-66.
- Aronson, J. K. & Ferner, R. E. (2005). Clarification of Terminology in Drug Safety. *An International Journal Of Medical Toxicology And Drug Experience*, 28 (10), 851-870. Acedido em 20/1/2013. Disponível em *MEDLINE with Full Text*, através de *EBSCOHST*.
- Ballabio, C., Bergamaschini, L., Mauri, S., Baroni, E., Ferretti, M., Bilotta, C. & Vergani, C. (2008). A comprehensive evaluation of elderly people discharged from an Emergency. *Internal and Emergency Medicine*, 3, 245–249. **doi:** 10.1007/s11739-008-0151-1
- Barreto, J. (2006). Tratamento actual da depressão no idoso. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatria* (pp. 245 - 258). Coimbra: Almedina.
- Budnitz, D. S., Lovegrove, M. C., Shehab, N. & Richards, C. L. (2011). Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *New England Journal of Medicine*, 365 (21), 2002-12. **doi:** 10.1056/NEJMsa1103053
- Caplan, G. A., Williams, A. J., Daly, B. & Abraham, K. (2004). A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department-The DEED II Study. *Journal of The American Geriatrics Society*, 52, 1417–1423. **doi:**10.1111/j.1532-5415.2004.52401.x
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G. & Bernardi, M. (2012). **Alcohol** use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology*, 47 (6), 411-416.

**doi:**10.1016/j.exger.2012.03.019

Chutka, D. S., Takahashi, P. Y. & Hoel, R. W. (2004). Inappropriate Medications for Elderly Patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 79 (1), 122-139.

**doi:**org/10.4065/79.1.122

Cigolle, C. T., Langa, K. M., Kabeto, M. U., Tian, Z. & Blaum, C. S. (2007). Geriatric Conditions and Disability: The Health and Retirement Study. *Annals of Internal Medicine*, 147, 156-164. **doi:**10.7326/0003-4819-147-3-200708070-00004

Close, J. C. (2005). Prevention of falls in older people. *Disability and Rehabilitation*, 27 (18-19), 1061 – 1071. **doi:**10.1080/09638280500056469

Close, J. C, Hooper, R, Glucksman E, Jackson, S., H. & Swift, C. G. (2003). Predictors of falls in a high risk population: results from the prevention of falls in the elderly trial (PROFET). *Emergency Medicine Journal*, 20 (5), 421-5. **doi:**10.1136/emj.20.5.421

Clough, R., Harter, R., Nugent, M., Fox, D. & Watkins, C. (2004) *Older People and Alcohol: A summary and recommendations arising from research in Ayrshire and Arran*. Third Sector First. Acedido em 22/12/2013 em [www.3sf.co.uk/download/SummaryFeb04.pdf](http://www.3sf.co.uk/download/SummaryFeb04.pdf).

Commission on Dignity in Care for Older People (2012). *Delivering Dignity: Securing dignity in care for older people in hospitals and care homes*. Acedido em 20/01/2014. Disponível em <http://www.nhsconfed.org/Publications/reports/Pages/Delivering-Dignity.aspx>

Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C. & Negri, E. (2010). Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*, 21 (5), 1-11. **doi:**10.1097/EDE.0b013e3181e89905

Deandrea, S., Bravi, F., Turati, F., Lucenteforte, E., La Vecchia, C. & Negri, E. (2013). Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 407–415. **doi:**org/10.1016/j.archger.2012.12.006

Delafuente, J. C. (2003). Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 48 (2), 133-43. **doi:**org/10.1016/j.critrevonc.2003.04.004

Demura, S., Sato, S., Mitsumori, A. & Sato, T. (2013). The prevalence of falling and status of physical function among elderly individuals with locomotive and visual/hearing disorders. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57, 333–338. **doi:**org/10.1016/j.archger.2013.05.005

- Dias, R., Freire, M., Santos, E., Vieira, R., Dias, J. & Perracini, M. (2011). Characteristics associated with activity restriction induced by fear of falling in community-dwelling elderly. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15 (5), 406-13. **doi:**10.1590/S1413-35552011000500011
- Direcção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acedido em 10/02/2014. Disponível *on-line* em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5\\_sinal\\_vital.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde (2011a). Norma número 054/2011 de 27/12/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Acedida em 05/02/2014. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direcção-Geral da Saúde (2011b). Orientação número 017/2011 de 19/05/2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Acedida em 15/02/2014. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. *Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas*. Orientação 016/2012. Acedido em 28/01/2014. Disponível em [http://www.app.com.pt/wpcontent/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA\\_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf](http://www.app.com.pt/wpcontent/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf)
- Drago, S. & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43, 79-94. Acedido em 15/11/2013. Disponível *on line* em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/5.pdf>
- Ellis, G., Whitehead, M., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *The Cochrane Library*, 7, 1-84. **doi:** 10.1002/14651858.CD006211.pub2
- Fhon, J., Wehbe, S., Vendruscolo, T., Stackfleth, R., Marques, S. & Rodrigues, R. (2012). Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (5), 3-8. **doi:**org/10.1590/S0104-11692012000500015
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *American Journal Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 25/11/2013 em [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_1.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_1.pdf)
- Fulton, M. M. & Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17, 123-132. **doi:**10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x
- Gallagher, L. P. (2001). The Potential for Adverse Drug Reactions in Elderly Patients. *Applied Nursing Research*, 14 (4), 220-224. **doi:** 10.1053/apnr.2001.26788

- Graf, C. E., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevalley, T. (2010). Comprehensive Geriatric Assessment in the Emergency Department. *Journal of American Geriatrics Society*, 58 (10), 2032-2033. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03090.x
- Gossop, M., Neto, D., Radovanovic, M., Batra, A., Toteva, S., Musalek, M....Goos, C. (2007). Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders: a study in six European cities. *Addiction Biology*, 12 (2), 190-6. doi:10.1111/j.1369-1600.2007.00066.x
- Hanlon, J. T., Schmader, K. E. & Semla, T. P. (2013). Update of Studies on Drug-Related Problems in Older Adults. *Journal of American Geriatric Society*, 61, 1365–1368. doi: 10.1111/jgs.12354
- Hartford Institute For Geriatric Nursing (2012). Want to know more *AGE RELATED CHANGES IN HEALTH*. Acedido em 6 Janeiro 2014, disponível em [http://consultgerirn.org/topics/normal\\_aging\\_changes/want\\_to\\_know\\_more](http://consultgerirn.org/topics/normal_aging_changes/want_to_know_more)
- Harwood, R. H. (2001). Visual problems and falls in: Falls and Postural Stability. *Age and Ageing*, 30 (S4), 13-18. doi:10.1093/ageing/30.suppl\_4.3
- Hastings, S. N. & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 12, 978– 986. doi:10.1197/j.aem.2005.05.032
- Helvik, A., Selbæk, G. & Engedal, K. (2013). Functional decline in older adults one year after hospitalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57, 305–310. doi:org/10.1016/j.archger.2013.05.008
- Hirose, T., Hasegawa, J., Izawa, S., Enoki, H., Suzuki, Y. & Kuzuya, M. (2014). Accumulation of geriatric conditions is associated with poor nutritional status in dependent older people living in the community and in nursing homes. *Geriatrics & Gerontology International*, 14 (1), 198-205. doi:10.1111/ggi.12079
- Horgas, A. L. & Yoon, S. L. (2008). Pain Management. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey & T. Fulmer (Ed). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. (3th ed.). (pp. 199 - 222). New York: Springer Publishing Company.
- Huang, A., Mallet, L., Rochefort, C., Eguale, T., Buckeridge, D. & Tamblyn, R. (2012). Medication-Related Falls in the Elderly Causative Factors and Preventive Strategies. *Drugs & Aging*, 29 (5), 359-76. doi: 10.2165/11599460-000000000-00000
- Hwang, U. & Morrison, R. (2007). The Geriatric Emergency Department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (11), 1873-1876. doi: 10.1111/j.15325415.2007.01400.x

- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. INE: Lisboa. Acedido em 9/05/2014 em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Projeções de População Residente 2012-2060*. Destaque. Acedido em 9/05/2014 em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Inouye, S. K., Studenski, Tinetti, M. E. & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 780–791. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x
- Kimbell, S. (2001). Before the fall. Keeping your patient on His feet. *Nursing*, 31 (8), 44-47. Disponível em *CINAHL Plus with Full Text* através de *EBSCOHOST*. Acedido em 10/01/2014.
- Lazarovici, C., Somme, D., Chatellier, G., Saint-Jean, O. & Espinoza, P. (2008). Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d’urgences. Résultats d’une enquête nationale. *La Revue de médecine interne*, 29, 618–625. doi:10.1016/j.revmed.2008.03.002
- Lee, L., Tsai, A. C., Wang, J., Hurng, B., Hsu, H. & Tsai, H. (2013). Need-based intervention is an effective strategy for improving the nutritional status of older people living in a nursing home: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1580–1588. doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.004
- Lima, L. F., Leventhal, L.C. & Fernandes, M. P. (2008). Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, 6 (4), 434-438.
- Loureiro, M. H. V. S (2004). *Validação do Mini Nutritional Assessment em Idosos Internados*. Trabalho de Estágio de Licenciatura em Ciências da Nutrição e Alimentação. Apresentado na Faculdade de Ciências da Nutrição e alimentação da Universidade do Porto. Acedida em 15/12/2013 no Repositório Aberto da Universidade do Porto em <http://hdl.handle.net/10216/54683>
- Loureiro, M. H. V. S (2008). *Validação do “Mini- Nutricional Assessment” em Idosos*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedida em 15/12/2013 no Repositório Digital da Universidade de Coimbra em <http://hdl.handle.net/10316/10439>
- Lueckenotte, A. (2002). *Avaliação em Gerontologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K; Sterling, T. L., Zoller, D. P. & Bond, C. A. (2005). Assessing Medication Adherence in the Elderly Which Tools to Use in Clinical Practice? *Drugs & Aging*, 22 (3), 231-55. Disponível em *CINAHL Plus with Full Text*, através do motor de busca *EBSCOHOST*. Acedido em 9/11/2013.

- Mahoney, J. Drinka, T., Abler, R., Gunter-Hunt, G., Matthews, C., Gravenstein, S. & Carnes, M. (1994). Screening for Depression. Single Question versus GDS. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42 (9), 1006-108. Acedido em 20/11/2013 em [http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Single%20Question%20Depression%20Screening%20Scale%20\(1994\).pdf](http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Single%20Question%20Depression%20Screening%20Scale%20(1994).pdf)
- Marques, L. & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatría* (pp. 233 - 244). Coimbra: Almedina.
- Martín-Sánchez, F. J., Alonso, C. F. & Merino, C. (2010). The geriatric patient and emergency care. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33 (1), 163-172. Disponível através da base de dados *Scielo*. Acedido em 20/11/2013.
- Massud, T. & Morris, R. O. (2001). Epidemiology of falls in: Falls and Postural Stability. *Age and Ageing*, 30 (S4), 3-7. **doi:** 10.1093/ageing/30.suppl\_4.3
- McCusker, J., Cardin, S., Bellavance, F. & Belzile, E. (2000). Return to the Emergency Department among Elders: Patterns And Predictors. *Academic Emergency Medicine*. 7 (3), 249-259. **doi:**10.1111/j.1553-2712.2000.tb01070.x
- McCusker, J, Verdon, J, Tousignant, P., de Courval, L. P, Dendukuri, N. & Belzile, E. (2001). Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1272–1281. **doi:**10.1046/j.15325415.2001.49254.x
- McCusker, J., Verdon, J., Caplan, G. A., Meldon, S. W. & Jacobs, P. (2002). Older Persons in the Emergency Medical Care System. *Journal of American Geriatrics Society*. 50 (12), 2104-2104. **doi:**10.1046/j.1532-5415.2002.50635.x
- McCusker, J., Dendukuri, N.; Tousignant, P., Verdon, J., Courval, L. P. & Belzile, E. (2003). Rapid Two-stage Emergency Department Intervention for Seniors: Impact on Continuity of Care. *Academic Emergency Medicine*, 10 (3), 233-243. **doi:**10.1197/aemj.10.3.233
- McCusker, J., Verdon, J. (2006). Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review. *Journal of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 61A (1), 53-62.
- McVeigh, D. M. (2001). Polypharmacy in the older population: recommendations for improved clinical practice. *Topics in Emergency Medicine*, 23 (3), 68-75. Disponível na *CINAHL Plus with Full Text* através *EBSCOHOST*. Acedido em 20/11/2013.
- National Center for Injury Prevention and Control (2008). *Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults*. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta. Acedido em 20/12/2013. Disponível em [http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/images/cdc\\_guide-a.pdf](http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/images/cdc_guide-a.pdf)

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Rethinking Drinking*. \_What's a "standard" drink? Acedido em 28/12/2013. Disponível em <http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Falls: assessment and prevention of falls in older people*. NICE clinical guideline 161. Acedido em 1/02/2013. Disponível em <http://publications.nice.org.uk/falls-assessment-and-prevention-of-falls-in-older-people-cg16>
- Newman, A. B., Yanez, D., Harris, T., Duxbury, A., Enright, P. L. & Fried, L. P. (2001). Weight Change in Old Age and its Association with Mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1309– 1318. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.4925
- NIH National Institute on Aging (2012). *Alcohol Use In Older People*. Acedido em 28/12/2013. Disponível em <http://www.nia.nih.gov/health/publication/alcohol-use-older-people>
- NIH Senior Health, 2012. *Alcohol Use and Older Adults*. Acedido em 28/12/2013. Disponível em <http://nihseniorhealth.gov/alcoholuse/alcoholandaging/01.html>
- O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C. & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people—redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664–667. doi: 10.1136/bmj.327.7416.664
- Olde Rikkert, M. G., Rigaud, A-S., van Hoeyweghen R. J. & Graaf, J. (2003). Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *The Netherlands Journal of Medicine*, 61 (3), 83–87. Disponível através de PubMed em <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=107>
- Pordata (2012a). *Tema População. Subtema Censos da População*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal>. Acedido em 15/02/2014.
- Pordata (2012b). *Tema População. Subtema Famílias*. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal>. Acedido em 15/02/2014.
- Reisberg, B. et al. (2010). *Early memory problems may indicate Alzheimer's*. Fisher Center for Alzheimer's Research Foundation (web site). Acedido em 4/02/2014. Disponível em <http://www.alzinfo.org/07/alz-guide/early-memory-problems>
- Riefkohl, E. Z., Bieber, H.L., Burlingame, M. B. & Lowenthal, D. T. (2003). Medications and Falls in the Elderly: A Review of the Evidence and Practical Considerations. *Pharmacy and Therapeutics*, 28 (11), 724-733. Acedido em 20/11/2013. Disponível em <http://www.ptcommunity.com/ptjournal/fulltext/28/11/PTJ2811724.pdf>
- Robinson, S. & Mercer, S. (2007). Older adult care in the Emergency department. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (7), 40-47. Disponível na Medline with full text, através EBSCOHOST. Acedido em 10/05/2013.

- Rosted, E., Wagner, L., Hendriksen, C. & Poulsen, I. (2012). Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 141–151. **doi:**10.1111/j.1748-3743.2012.00323.x
- Rubenstein, L. Z. (1996). The Emergency department: A useful Site for CGA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 601-602.
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Clinical Risk Assessment, Interventions and Services. *Age and Ageing*, 35(S2), ii37–ii41. **doi:**10.1093/ageing/afl084
- Rubenstein, L. Z. & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 141 – 158. Acedido em 10/01/2014. Disponível em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/07490690/PIIS0749069002000022.pdf>
- Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56(3), 261-269. **doi:**10.1016/j.annemergmed.2010.04.015
- Schneider, R. H., Marcolin, D. & Dalacorte, R. R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*, 18 (1), 4-9. Acedido em 5/01/2014. Disponível em <http://www.ufrgs.br/gpat/wp-content/uploads/2013/03/13-Avalia%C3%A7%C3%A3o-funcional-de-idosos.pdf>
- Shah, M., Richardson, T., Jones, C., Swanson, P., Schneider, S., Katz, P. & Conwell, Y. (2011). Depression and Cognitive Impairment In Older Adult Emergency Department Patients: Changes Over Two Weeks. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (2), 321-326. **doi:**10.1111/j.1532-5415.2010.03268.x
- Sequeira, C. (2010). *CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL*. Lisboa: Lidel.
- Skates, J. J. & Anthony, P. S. (2012). Identifying Geriatric Malnutrition in Nursing Practice. The Mini Nutritional Assessment (MNA®)—An Evidence-Based Screening Tool. *Journal of Gerontological Nursing*, 38(3), 18-27. **doi:** 10.3928/00989134-20120207-02
- Souchet, E., Lapeyre-Mestre, M. & Montastruc, J. L. (2005). Drug related falls: a study in the French Pharmacovigilance database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 14, 11-16. **doi:** 10.1002/pds.1038
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stajkovic, S., Aitken, E. M. & Holroyd-Leduc, J. (2011). Unintentional weight loss in older adults. *Canadian Medical Association Journal*, 183 (4), 443- 449.



**doi:**10.1503/cmaj.101471

- Stenhagen, M., Ekström, H., Nordell, E. & Elmståhl, S. (2013). Falls in the general elderly population: a 3- and 6- year prospective study of risk factors using data from the longitudinal population study 'Good ageing in Skane'. *BMC Geriatrics*, 13, 1-11. **doi:**10.1186/1471-2318-13-81
- Stubbs, B., Binnekade, T., Eggermont, L., Sepehry, A. A., Patchay, S. & Schofield, P. (2014). Pain and the Risk for Falls in Community-Dwelling Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95, 175-87. **doi:**org/10.1016/j.apmr.2013.08.241
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland G. D., Adams J. & Rubenstein L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032- 1036. **doi:** 10.1016/0140-6736(93)92884-V
- Tiedemann, A., Sherrington, C., Orr, T., Hallen, J., Lewis, D., Kelly, A.... Close, J. C. (2013). Identifying older people at high risk of future falls: development and validation of a screening tool for use in emergency departments (Abstract ). *Emergency Medicine Journal*, 30 (11), 918-22. **doi:**10.1136/emmermed-2012-201783
- Tinetti, M. E. (2003). Preventing Falls in Elderly Persons. *The New England Journal of Medicine*, 348(1), 42-49. **doi:** 10.1056/NEJMcp020719
- Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatrics* (pp. 489-498).Coimbra: Almedina.
- Voss, R., Gardner, R., Baier, R., Butterfield, K., Lehrman, S. & Gravenstein, S. (2011). The Care Transitions Intervention. *Archives Internal Medicine*, 171 (14), 1232-123. **doi:**10.1001/archinternmed.2011.278
- Wall, J. C., Bell, C., Campbell, S. & Davis, J. (2000). The timed get-up-and-go test revisited: Measurement of the component tasks. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 37 (1), 109-114.
- Woolcott, J., Richardson, K., Wiens, M., Patel, B., Marin, J., Khan, K. & Marra, C. (2009). Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*, 169 (21), 1952-1960. **doi:** 10.1001/archinternmed.2009.357
- World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization: Geneva. Acedido em 15/11/2013. Disponível em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/falls\\_prevention.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1)
- Wyles, H. & Rehman, H. (2005). Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 16 (5), 311-3. **doi:**org/10.1016/j.ejim.2005.02.006

Ziere, G., Dieleman, J., Hofman, A., Pols, H., van der Cammen, T. & Stricker, B. (2005). Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61, 218-223. **doi:**10.1111/j.1365-2125.2005.02543.x

## **APÊNDICE XXI - Guião de entrevista**



## GUIÃO DE ENTREVISTA PARA O ENFERMEIRO COORDENADOR DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)

(Após identificação do entrevistador e explicação do projeto)

- a) Relativamente ao que foi exposto, qual a sua opinião quanto à viabilidade de articulação entre o SONC (Serviço de Observação de Neurociências) e as unidades funcionais de Saúde deste ACES?
- b) Atendendo a que este ACES é dos maiores agrupamentos, considera que a articulação entre o hospital e as unidades funcionais de saúde se devia iniciar com alguma unidade ou unidades específicas ou pelo contrário estender-se esta ação a todas as unidades de saúde pertencentes ao agrupamento?
- c) Para o envio de informação pertinente consideramos relevante a criação de um endereço de *e-mail* e o envio da informação por esta via. Qual a sua opinião e sugestões?
- d) Qual a sua opinião relativamente à possibilidade de existir um enfermeiro de referência em cada unidade de saúde a quem pudesse ser dirigida a informação enviada e a quem os utentes/família pudessem ser referenciados em caso de necessidade?

Muito obrigada pela disponibilidade demonstrada